Nr. 47. 20. listopada 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Somatyczne typy ludzkie w pojęciu lekarza-internisty.

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
Dyrektor: Prof. R. Rencki.

Część pierwsza.

Medycyna wewnętrzna przechodziła różne stadja rozwoju. W zamierzchłych czasach nie mieli lekarze metod ścisłych do badania, musieli więc z natury rzeczy poprzestawać na bezpośredniej obserwacji chorego, a empirycznie zebrane dane grupowali razem odnośnie do pewnych schorzeń, nie mogąc wnikać w samą ich istotę. Perkusja i auskultacja oraz rozwój chemji zmieniły zapatrywania. Poczęto wnikać coraz głębiej w tajniki organizmu, nie poprzestając jednak ujmować całości klinicznego obrazu. Dalszy potężny rozwój metod pomocniczych rozszerzył pokaźnie ramy przedmiotu, rozdrobnił go jednak a klinicysta zdawał się coraz bardziej oddalać od typu dawnego lekarza-obserwatora, pozostawiając to z konieczności lekarzowi-praktykowi. Pochłonięty bezmiarem drobiazgowych, żmudnych i uciążliwych badań musiał się wprost bronić, by nie utonął w szczegółach i nie stracił trzeźwego poglądu na medycynę. Kiedy przetrząśnięto wszystkie biologiczne problemy ustroju, spostrzeżono, że dużo z nich zależy od indywidualności, że choroby schematycznie ująć się nie da, że schemat nie jest wszystkiem, że rzecz można zrozumieć tylko łącznie z baczną obserwacją chorego i nastał znów nawrót do ogólniejszego ujęcia przypadków. Lekarz-klinicysta udoskonalił a przytem uprościł bez szkody całości swą metodykę kliniczną, a nie zmuszony do całodziennej pracy laboratoryjnej, zwrócił się znów do bezpośredniej obserwacji chorego i połączył ją z ułatwionemi i prostemi metodami badania. Medycyna wewnętrzna weszła w udoskonaloną fazę dzisiejszego rozwoju. I właśnie teraz jest bardzo na czasie omówić to, co lekarz spostrzega odrazu, stykając się z chorym, co wychwytuje jego baczne oko obserwatora i znajduje nieraz odpowiedź na zagadnienia, których badania pomocnicze wyświetlić mu nie mogą.

Szczegóły, o których wspomniałem, tkwią w fizjognomice i w pewnej złożonej grupie zjawisk, których poznanie prowadzi do ujęcia biologicznego typu człowieka. Ścisłą analizą tego typu, określonego tak, jak pojmuje go dzisiejszy lekarz internista, zajmę się w pracy niniejszej, jakoteż i w pracy następnej. Przedmiot ujmę rozmyślnie jak najprościej.

Ogólna definicja a poniekąd zasadnicza istota i wytłumaczenie typów ludzkich, są powszechnie znane[1]). Szczegółowo omawiać ich nie będę. Zwrócę uwagę w inną stronę zagadnienia. Do dnia dzisiejszego brak nam jeszcze określenia stosunku typu do całokształtu zjawisk inkretorycznych ustroju tj. tego co dla internisty ma pierwszorzędne znaczenie. Zagadnienie typu tak pojętego jest trudne, ale dla badacza nad wyraz ciekawe.

Wydzielanie wewnętrzne jest wedle współczesnych zapatrywań czynnością ogólno-komórkową. Każda komórka wydziela wewnętrznie a przytem pracuje we właściwy sobie sposób. Są komórki, których pracą, jest tylko wewnętrzne wydzielanie, a grupy ich składają się na znane powszechnie gruczoły wkrewne. Gruczoły te są wyrazem pewnej funkcji wdzielniczej elementów ustrojowych, skupionej w określonem miejscu organizmu i podpadającej stąd bezpośredniej obserwacji badacza, ale nie muszą być dowodem, iż tylko one daną czynność inkretoryczną spełniają. Reszta tej pracy wkrewno-wydzielniczej jest rozprószona w całym organizmie. Jeżeli ubędzie główna wytwórnia danego inkretu, widać brak tem wyraźniej, im większy procent całokształtu tej czynności wdzielniczej mieści się w określonym gruczole, a to zależy od rodzaju gruczołu, a niewątpliwie i od własności osobniczych danego organizmu. Im bliżej 100 jest procent udziału gruczołu wkrewnego w całości danej pracy wdzielniczej, tem wyraźniej widać następstwa ubytku. Wiadomo, że układ nerwowy nastawia tkanki na odpowiednie hormony i że praca ta jest tylko odpowiedzią systemu nerwowego na działanie nań poszczególnych hormonów, przy możliwym udziale zjawisk zwrotnych z dużą współpracą systemu wegetatywnego. Najnowsze poglądy na czynności komórkowe przypisują substancji chromatynowej wpływ na czynności plazmy[2]). Dostarcza ona ciał pobudzających pracę plazmy. Bodźce nerwowe pewnej kategorji zdają się dochodzić do komórki przez jej jądro[3]) a to kieruje pracą pierwoszczy. Do komórki dopływają substancje z reszty ustroju. Są między nimi ciała o przyrodzie hormonów. Substancje te wzmacniają, osłabiają lub przeinaczają czynności plazmy, uwarunkowane pracą katalizatorów wśródkomórkowych. Modyfikują one pracę hormonów własnych komórki. Do tego wszystkiego dołącza się wspomniane dochodzenie do plazmy bodźców wegetatywnych urabiających drogą ustosunkowania jonów i innych ciał odpowiedni podkład do efektywnej pracy dopływających inkretów. Problem jest bardzo trudny i zawikłany. Nie należy jednak wątpić w możność jego poznania. Wypadkową tych wszystkich procesów jest to, co pozwala ominąć odrazu wiele niewiadomych, widoczny sumaryczny rezultat działania systemu wdzielniczego na ustrój — wygląd człowieka, jego właściwości somatyczne i psychiczne, jego stosunek do pewnych schorzeń, słowem jego indywidualna fizjologia i patologia. Wewnętrzne wydzielanie — w dzisiejszem pojęciu — jest zjawiskiem biologicznem niełatwem do ujęcia i nie można zaprzeczyć, że wspomniane, dla lekarza bardzo ważne, zewnętrzne jego następstwa mogą w znacznej mierze ułatwiać orjentację, która przy głębszych badaniach gubić się jeszcze może w bezmiarze szczegółów zaciemniających całość obrazu.

Badanie stosunku typów ludzkich — a temsamem wewnętrznego wydzielania — do poszczególnych schorzeń narządów wewnętrznych jest możliwe tylko drogą długoletniej obserwacji tego stosunku. Co do mnie, to przeprowadzałem statystyczne badania w taki sposób, że przypadki chorobowe spostrzegane spisywałem, podając wiek, płeć, wzrost i typ badanego człowieka, a obok tego rozpoznanie jego schorzenia i ewentualnie pewne uwagi lekarskie. Dzienna ilość w ten sposób zebranych przypadków była bardzo zmienna (2 do 10), zależnie od okoliczności; przeciętnie wypadało w całym czasokresie badania — nie licząc przerw — około 3 przypadki na dzień. Jednodniowe zestawienie przedstawiało się na ogół skromnie i niepozornie. Podam przykład:

---

[1]) Usiłowania określenia typu datują się od dawna. Obecnie rozporządza nauka dużą ilością różnych metod grupowania ustrojów ludzkich. W dawnych czasach rozróżniano ludzi jędrnych i wiotkich. Później budowano podział na różnych zasadach. Rokitański, Beneke, Tandler, Viola dokonali tego na podstawie danych anatomicznych, Eppinger i Hess na zasadzie ogólnego stanu wegetatywnego. Sigaud, Chaillon, Mac Auliffe na podstawie wyglądu, Kretschmer podał piękny podział wedle badań stanu psychicznego. Nader interesująco, na głębokiej naukowej podstawie i z uwzględnieniem praktycznych danych, ważnych dla lekarza-ginekologa, ujął typy kobiet Rosner. Poszczególne zboczenia konstytucjonalne znalazły też swe miana jak *status asthenicus* Stiller, *st. thymolymphaticus* Paltauf, *st. hypoplasticus* Bartel, *st. neuroarthricus* — nie mówiac już o nazwach powszechnie używanych dla określenia stanów usposabiających do pewnych schorzeń. Całość piśmiennictwa dotycząca omawianego przedmiotu jest olbrzymia. Pokaźny udział prac polskich.

[2]) J. Bauer uważa, że istnieje chromosomalny hormon seksualny przechodzący do komórek. Hormony wdzielin są zdaniem tego autora czynnikami ustosunkowanemi wobec wpływów cech dziedzicznych na sposób kondenzatorów i multiplikatorów (Med. Klin. Jg. 19, Nr. 13, 1923). W świetle tych zapatrywań rozjaśnia się istota wielu zjawisk poprzednio przez różnych autorów spostrzeganych jak indukcia komórek rozrodczych przez somatyczne (Orth, Hansemann) i na odwrót (Ribbert) przy współudziale gruczołów dokrewnych (Hering, Semon, Tandler), stosunek bodźców idio- do parakinetycznych, — istotą dyskrazji i diatez, degeneracji i despecjencji, innoczasowość (heterochronia) przejawów inwolucyjnych, przyroda mutacji i fluktuacji, pojęcie starości jako okresu ustania wpływu indukcyjnego komórek rozrodczych, zaburzenia ustroju na tle nierównego zaopatrzenia narządów w siłę życiową (typy Beneke'go) oraz szereg przeróżnych innych zagadnień.

[3]) Poglądy Fultona.

Wiek	Płeć	Wzrost	Typ	Rozpoznanie	Uwagi
40	m.	wysoki	M	Bronchitis ac. Myalgia	—
22	k.	średni	T	Apicitis dextr.	Nadwrażliwość syst. nerw. Nerwica serca
56	k.	niski	NT	Diabetes mell.	Trzeszczenie w stawach (dnawe)

Wybrałem przykład statystyki dziennej szczególnie pouczający. Nie zawsze jednak taką ona była. Mijały długie szeregi dni, w których nie było nic charakterystycznego np.:

Wiek	Płeć	Wzrost	Typ	Rozpoznanie	Uwagi
31	m.	średni	X	Dyspepsja	—
52	k.	średni	TA	Myalgia	—

Bywało też nieraz, iż cały tydzień nie dawał żadnego uchwytnego wyniku zestawień. Ze statystyki miesięcznej można już było wysnuwać pewne wnioski, a z rocznych zawsze. Nie poprzestałem jednak na tem. Postanowiłem rozciągnąć me badania na możliwie najdłuższy okres czasu. Wewnętrzne wydzielanie jest zjawiskiem, które wymaga wielkiego materjału, a ten można zebrać tylko w dużym czasokresie. Statystykę moją zacząłem jeszcze w r. 1912, ale nim ustaliłem wytyczne będące dla niej drogowskazem, minęło sporo czasu, a ponadto bywały przerwy w prowadzeniu statystyki krótsze lub dłuższe tak, że do chwili obecnej zdołałem zebrać materjał wynoszący okrągło 10.000 przypadków. Wśród niego znajdują się też wszystkie te przypadki, które były przedmiotem innych mych badań w tym czasie wykonanych. Pracy mej nie uważam za ukończoną, ale sądzę, że na dotychczasowem zestawieniu oprzeć się już mogę odnośnie do wzajemnego stosunku typu inkretorycznego i schorzeń wewnętrznych i na ten temat wypowiedzieć pewne zdanie.

Pogląd na ustrój jako wynik działania wpływów inkretorycznych wymaga ścisłego opisu poszczególnych rodzajów ludzi, dających podstawę do scharakteryzowania przynależności ich do określonego biologicznego typu. Opierając się na danych przezemnie zebranych i uwzględniając przytem to co o typach wiadomo z dzisiejszego piśmiennictwa, opiszę zrazu typy spotykane u mężczyzn przeznaczając na to pracę mą niniejszą.

* * *

Mężczyzna wyrobił sobie od niepamiętnych czasów opinję istoty zasobnej w siłę i życiową energję, zdolnej bronić słabszych i walczyć niestrudzenie o byt. Ta opinja zespoliła się w umyśle ogółu z idealną postacią mężczyzny rosłego, barczystego, o budowie mocnej i o silnych mięśniach. Wyraz twarzy, spojrzenie i pewne znamiona mimiki, cechujące stanowczość, odmalowują znów energję psychiczną i składają się wraz z poprzednio wymienionemi na całokształt obrazu. W całej postaci uwidacznia się siła i zdolność pokonywania wszelkich trudów i przeciwności. Życie codziennie poucza, że takie typowe postacie mężczyzn stanowią tylko pewien procent wszystkich. Blade, chude, wrażliwe postacie, jakie się widzi nierzadko wśród członków różnych personalów biurowych; subtelne, marzycielskie, pięknookie typy o namiętnych ustach, o rysach pięknych, ale zbyt delikatnych jak na mężczyznę, wyczuleni emocjonalni młodzi ludzie, oddani zabawom i rozkoszy; dobroduszni, spoceni, hałaśliwi, kaszlący i sapiący przedstawiciele typu beztroskich i mało wymagających od życia tłuściochów, raczących się obficie jadłem i napojem a dowcipkujących głośno i „soczyście" w zadymionych lokalach śniadankowych; zamknięci w sobie wychudzeni, zasuszeni, cisi, niestrudzeni badacze, spędzający dzień cały wśród żmudnej, wyczerpującej pracy naukowej, zdala od rozgwaru i uciech — to wszystko mężczyźni, którzy są różni od przeciętnego typu, ale należą do postaci żywych, których spotyka się i musi się analizować. Widoczne jest, iż stoimy wobec zadania, którego rozwiązanie nie należy do łatwych. Wszystkie te typy nie są takiemi bez powodu. Wszystkie ich cechy są następstwem działania pewnych określonych czynników biologicznych, które muszą być wzięte w rachubę. A jest to możliwe, jeśli kolejno przejdziemy wszystkie wymienione rodzaje ludzi i pokusimy się o wytłumaczenie przyczyny ich właściwości. Lekarz mogący mieć bezpośrednią styczność z różnymi osobnikami i mogący badać szczegółowo ich ustrój, jest w możności określić właściwą istotę różnych typów. Dzięki temu kontaktowi świata lekarskiego z różnemi rodzajami ludzi można dziś dość dokładnie scharakteryzować właściwości i istotę różnych typów. To co do dnia dzisiejszego na tem polu zdziałano, stanowi już pokaźny dorobek a droga do ostatecznego celu jest już otwarta. Typy mężczyzn, pojęte ze stanowiska medycyny wewnętrznej, nie są liczne. Jest ich zaledwie kilka. Podrodzaje zwiększają nieco te liczby, ale na ogół niezbyt znacznie. Uwzględniając wpływy inkretoryczne na organizm i pod tym kątem oceniając ustrój, mamy dziś typ nadnerczowy i tarczycowy, jakoteż ich negacje, typ mięśniowy, typ płciowy, oraz ich odmiany względnie kombinacje. Poznanie najgłówniejszych z nich wymaga ścisłej ich analizy, a jest to tem więcej wskazane, im dokładniej chcemy określić typ przeciętny mężczyzny, będący złożonem zespoleniem kilku typów charakterystycznych.

Rozpocznę od typu nadnerczowego.

1. Typ nadnerczowy (N).

Jeśli mam mówić o typie nadnerczowym u mężczyzn, muszę na samym wstępie nadmienić, że czynność nadnercza, wpływająca na powstanie tego typu, pojmuję w sposób bardzo ogólny i ściśle biologiczny. Nadnercze jest anatomicznym kompleksem dwóch odległych czynnościowo od siebie tkanek inkretorycznych. Substancja korowa, wegetatywnie po części antagonistyczna rdzennej, może z nią pod innym względem współdziałać lub też być wobec jej działania obojętną. Wzajemny splot tj. częścią suma, częścią różnica a częścią wypadkowa czynności obu składowych nadnercza, przy nieodłącznym współudziale systemu nerwowego, daje biologiczny podkład do pojęcia wpływu tego gruczołu na ustrój.

Nauka ma dotychczas szereg danych odnośnie do pracy komórek lipoidowych i chromochłonnych. Pierwsze są typem zbliżonym do lipoidowych komórek wdzielniczych elementów gruczołów płciowych i stanowczo pozostają z nimi w symbiozie. Gruczołaki kory nadnercza wywołują w młodym wieku wczesny rozwój organów płciowych i silne owłosienie zwłaszcza tułowia, później powstałe powodują otyłość tułowia i mocne jego owłosienie. Są pewne dane, że nadczynność komórek lipoidowych, zwłaszcza w pewnych warunkach zwalnia u dorosłych niektóre bardzo złożone procesy psychiczne i że wpływa korzystnie na siłę pracy układu naczyniowego a szczególnie serca, co nie jest równoznaczne z odpornością tych organów na bodźce szkodliwe. Komórki lipoidowe istnieją i poza nadnerczem i przedstawiają typ elementu wdzielniczego, którego czynnościowe, nie histologiczne składowe są prawdopodobnie rozproszone w całym ustroju, stanowiąc wspólnie całokształt danej gałęzi pracy inkretorycznej ustroju. Za dużem rozproszeniem przemawiają znaczne osobnicze różnice odczynów na zaburzenie czynności kory nadnercza.

Komórki chromochłonne tworzą swoisty typ elementu wdzielniczego nagromadzonego głównie w rdzeniu nadnercza i paragangljach. Symbioza w *pars intermedia* przysadki a nader interesująca łączność z komórkami układu współczulnego, które — jak się przekonano — są podobnie inkretorycznie czynne, czyni z nich znowu ciekawy typ wdzielniczy, dotychczas mało ograniczony. Znamy jego centralną partję, ale jak daleko rozpościera się w ustroju jego zasadnicza funkcja, na to dziś nie możemy dać odpowiedzi. O czynności rdzenia nadnercza wiemy dziś dużo. Zwrócenie uwagi na jego jakość, kontrola sekcyjna przypadków klinicznych, odnośnie do stanu nadnercza, badania kliniczne i doświadczalne nad działaniem wyciągów jednej z głównych jego substancji czynnych: adrenaliny — pozwala nam ująć całość obrazu funkcji tej tkanki. Wedle tych danych można dziś ująć czynność komórek chromochłonnych, jak następuje:

1) somatycznie: a) mocny wpływ pobudzający na siłę układu naczyniowego, polegający na ułatwieniu rozporządzania przezeń jego energją; b) nastawianie organizmu na poziom sympatykotoniczny; c) tonizacja całego ustroju; d) ożywienie katabolizmu obok anabolicznego wyrównania z dokładem, a stąd większa energja wydajności z możliwością tycia (oksydo-redukcyjny typ przemiany materji); e) uszkodzenie sprawności przemiany purynowej i łatwość zaburzeń w gospodarce cukrowej, wywołanej nadmiarem wpływów współczulnych;

2) psychicznie: łatwość, bystrość, i jasność myślenia, silna wola, umiarkowana uczuciowość, brak zahamowania psychicznego [4]).

[4]) Wpływ układu chromochłonnego na psychikę nie jest zależny od samej adrenaliny, ale od sumy czynników biologicznych wywołanych przez system chromochłonny, a potrzebujących współudziału tarczycy. Przypomina on działanie na mózg, które wywierają odpowiednie dawki koffeiny, czynne współczulnie, ale też rozwijające energetycznie czynną powierzchnię cząsteczek

W świetle tych danych i przy uwzględnieniu znanych korelacji inkretorycznych, jesteśmy dziś w stanie łatwo wyjaśnić całość obrazu, jaki nam daje nadnerczowy typ mężczyzny. Nadmienić muszę, że do szczytu wyrazistości dochodzi on w t. zw. sile wieku. Za młodu przedstawiają się ludzie tego typu jako krępi, niekiedy „pyzaci" chłopcy, zwracający uwagę w szkole łatwością pojmowania lekcji, lubowaniem się w przedmiotach mających wartość praktyczną, żywością usposobienia; w stosunku do kolegów są dobrzy, okazują im nieraz swe dobre serce, ale nie dają się zaczepić. W dalszem życiu niezmieniają ci ludzie zbytnio zasadniczej linji swego usposobienia. Praktyczne zagadnienia są im najmilsze, wszystko to, co ma w sobie pierwiastki mniej realne uważają za mniej potrzebne. Somatycznie mężnieją, w dobrych warunkach łatwo przybierają na tuszy. Rumiana, niekiedy okrągła twarz, zarost warg i brody gęsty, dobrze ograniczony, nie idący na policzki, szyję i okol. jarz.; włosy na głowie nieraz jedwabiste, falujące, nie zachodzące za daleko na skronie i okolicę jarzmową, ale z wiekiem coraz bardziej skąpe, wypadające i odsłaniające od przodu zarysy czaszki; całość sylwetki krępa, z dużą tendencją do zaokrąglania kształtów. Po 40 r. życia przybierają ci mężczyźni, wygląd dla omawianego typu, charakterystyczny. Przedstawia się on jak następuje: Wzrost średni lub nawet mały, budowa kośćca mierna, odżywienie bardzo dobre. Głowa okrągła, owłosienie czaszki bardzo skąpe, zachowane w okolicy skroni i potylicy, reszta czaszki nieowłosiona. Łysina lśniąca. Brwi skąpe, zwłaszcza od zewnątrz, oczy nie duże, policzki pełne, rumiane, nos zwykle krótki, małżowiny uszne zgrabne, owłosienie warg i brody dobrze ograniczone, usta drobne kształtne. Zęby nieduże, nierzadko z odstępem *(trema)* między górnymi środkowymi siekaczami. Język krótki. Podniebienie twarde niewysokie. Łuki podniebienia miękkiego łagodne. Szyja krótka i szeroka. „Łuk" barkowy tworzy z osią ciała kąt prosty. Klatka piersiowa krótka, szeroka, wdechowo ustawiona, obrosła, zwłaszcza w dolnej przedniej części, bujnym mocno krętym, zwykle dość jasnym, wcześnie siwiejącym włosem. Przetwory międzyżebrowe wąskie. Kąt łuków żebrowych większy od prostego. Często obniżenie dolnych granic płuc Serce ze skłonnością do powiększenia komory lewej, pierwszy ton nad aortą nie całkiem czysty, drugi nieco zaakcentowany, akcja serca silna, ze skłonnością do przyspieszania. Brzuch duży o grubej podściółce tłuszczowej. Wzgórek łonowy silnie owłosiony kręty m włosem. Prącie i jądra niedużych rozmiarów. Kończyny krótkie, stosunkowo do tułowia szczupłe, w distalnej części drobne. Psychika wielce charakterystyczna. Nie mam zamiaru jako internista wchodzić zbytnio w szczegóły. Podam rzecz schematycznie. Czynności psychiczne odbywają się wedle pewnych zasadniczych reguł. Wrażenia zmysłowe dochodzą projekcyjną sferą psycho-senzoryczną do czynnych rejonów asocjacji i ulegają tam różnym losom. Po części bywają tam łączone i skupiane, czy stapiane w przeróżne wyższe twory psychiczne, po części natomiast rozkładane na szereg fragmentów, które przy udziale całości psychiki służą do budowy nowych ugrupowań. Przedstawiciele omawianego typu ludzi mają asocjację szybką i sprawną, — w umyśle ich panuje żywy ruch, umysł ten nie zna większych przeszkód psychicznych. Wynikiem tego jest wielka sprawność w operowaniu elementami przyswojonego materjału psychicznego. Są to umysły bardzo pojętne i bystre, z psychiką mającą kierunek więcej praktyczny. Praktyczność tych osób ma też i inne powody, są niemi bardzo silna wola i brak zahamowań z jednej strony między nią, a resztą sfery psychicznej, — a z drugiej strony między nią a sferą projekcyjną psychomotoryczną. Myśl staje się łatwo czynem. Uczuciowość jest u tych ludzi na ogół nie nazbyt wielka, ale łatwo znajduje swój wyraz w czynie np. w uczynku litości lub afekcie, który wyładowuje się bez większych hamulców. Żywiołowa radość, łatwość płaczu przy afekcie smutku i szybkie wybuchy gniewu są przykładem tego ostatniego zjawiska u tych ludzi stwierdzić się dającego. Gniewowi brak całkiem pierwszej fazy, a druga jest gwałtowna, ale nader krótka. Ludzie ci nie duszą w sobie gniewu, niema u nich wstępnej bladości, zdyszanego głosu i długich oznak „zbliżania się burzy". — Na to niema czasu; wyładowanie jest jak piorun, ale po nim nastaje zupełna pogoda. Gniew tych ludzi zowią słusznie zaperzaniem się. Twarz ich momentalnie pąsowieje, nastaje hiperkinetyczne wyładowanie głosowe i motoryczne — poczem wszystko cichnie, a na twarzy jaśnieje łagodność i pogoda. Ludzie typu nadnerczowego mają psychikę sprawną, bystrą, praktyczną i bardzo przejrzystą.

Zestawienie moje odnośnie do przypadków chorobowych, dotyczących przypadków przynależnych do typu nadnerczowego, obejmuje 15% wszystkich, objętych mą statystyką, mężczyzn. Jest wielce charakterystycznem, że typ, o którym mowa, ma właściwie dwie statystyki schorzeń, jedną w młodości, a drugą w sile wieku i później. Wskazuje to na wahania inkretoryczne, mimo jednolitej linji wdzięcznego nastawienia ustroju. W młodości uwidacznia się zawsze jeszcze pewien słaby wpływ tarczycy, w sile wieku znika on zupełnie i przestaje zacierać kontury obrazu wynikłego z czystej nadwyżki układu chromochłonnego. Młode osobniki nadnerczowego typu zapadają głównie na ostre schorzenia, zwłaszcza w obrębie narządu oddechowego, rzadziej w zakresie narządu krążenia, przewodu pokarmowego i nerek; do gruźlicy nie mają skłonności. Z 15% odnoszących się do całej odsetki statystyki przypadków chorobowych, złożonej z typu nadnerczowego u mężczyzn, przypada na młodych ludzi omal piąta część tj. 2·7% (89 przypadków); na ostre stany zapalne w obrębie dróg oddechowych wypada z tego prawie połowa (43 przypadków), reszta to zapalenie płuc, zapalenia wsierdzia, ostre nieżyty żołądka, takież zapalenie nerek, myalgie i reumatyzm stawowy ostry. W wieku pokwitania stwierdziłem w 15 przypadkach nerwice serca, a więc w stosunku do ogółu chorych młodych typu chromochłonnego jak 1:5.93. Wiek późniejszy reprezentowany przez 356 przypadków dał obraz statystyczny wielce cechujący. W 210 przyp. był do stwierdzenia zespół: rozedma płuc, miażdżyca tętnic, otyłość i dna. Przypadki ostre były reprezentowane przez krupowe zapalenie płuc i ostre nieżyty oskrzelowe. Nefrosklerozę stwierdziłem 81, Hipertonji bez objawów nerkowych prawie tyle, cukrzyc 55. Ostatnie cztery grupy mężczyzn są w zespole wspomnianych na początku 210 przypadków i rozprószone są też w reszcie materjału. Wśród nagłych przypadków spotykałem: udary mózgowe, stenokardje i kolki, zwłaszcza wątrobową, a wśród chorób krwi: erytremję, rzadziej pierwotne anemje. Nowotwory (raki) spostrzegałem w 56 przyp. Takiej odsetki raków nie było w żadnym innym typie[5]; podczas gdy w omawianym typie stwierdziłem 8% raków, to w t. mięśniowym sumarycznie ujętym było ich 3·23%, w tarczycowym 5%, w astenicznym 4%, w reszcie typów 6%, tj. podobnie jak w łącznej statystyce rakowej u mężczyzn (6·2%).

Typ nadnerczowy przedstawia grupę mężczyzn, tworzącą wraz z typem mięśniowym, o którym w dalszym ciągu pracy mówić będę, jeden z trzech zasadniczych rodzajów organizmu. Jest on wyrazicielem ustroju o dużym zasobie energji. Obok niego znamy jeszcze 2 główne rodzaje ustrojów męskich tj. asteniczny i tarczycowy, z których każdy dzieli się na kilka typów. Astenja jest wyrazem bezsiły, stan tarczycowy znamionuje nadwrażliwość.

O typie astenicznym nie mam na razie zamiaru mówić, bo będę miał sposobność pośrednio wrócić jeszcze do tego tematu. Typ ten, jako negacja nadnerczowego, i wyraz wegetatywnej niemocy jest po jego opisie sam przez się w głównych zarysach łatwy do wyobrażenia. Jest on udziałem tych słabowitych ludzi, którzy nie są nieraz w stanie wytrzymać trudów życia. Siły fizyczne i słabe zdrowie nie pozwalają im na to, a brak zdolności umysłowych pogarsza jeszcze to ich położenie. Na żadnem polu nie mogą się ani trochę wybić ponad innych, a stąd życie płynie im szaro, nudno, smutno i ciężko. Jeśli są osobnikami po przebytym w młodości stanie grasicowym, zachowują nierzadko do dojrzałego wieku dużo cech dziecinnej naiwności i zewnętrznych oznak limfatyzmu (bladość, nalany wygląd). Życie ich jest zazwyczaj niedługie. Somatyczna słabość obu ostatnio wspomnianych typów jednoczy się u nich z psychicznym niedorozwojem. Różnią się one pod tym względem od typu tarczycowego, słabego somatycznie, ale mogącego intelektualnie stanąć na wielkich nieraz wyżynach. Zajmę się nim z kolei, a w toku tego dotknę jeszcze astenicznego typu.

2. *Typ tarczycowy (T).*

Tarczyca jest gruczołem wkrewnym, pierwszorzędnej wagi i tem charakterystycznym, że stanowić może przeważającą

---

plazmy przez spotęgowanie dyspersji koloidów pierwoszcza. Binz wykazał, że komórki skrawków mózgu zanurzonych w rozczynie morfiny mętnieją, że więc wpływ narkotyczny zmniejsza rozprószenie cząstek ich zarodzi. Komórki skrawków zanurzonych w rozczynie koffeiny są jasne, zachodzi więc proces odmienny. Tarczyca zwiększa rozprószenie koloidów i działa podniecająco. Wpływ układu chromochłonnego na psychikę zdaje się mieć łączność ze wzrostem czynnej powierzchni koloidów plazmy komórek mózgowych, co nie jest w sprzeczności z jego zasadniczem działaniem.

---

[5]) W myśl dzisiejszych danych, uzyskanych na podstawie żmudnych badań i ścisłych obserwacji, tworzy podczynność tarczycy, trzustki i gruczołów płciowych podkład do rozwoju raka. Czynność gruczołów płciowych ułatwia mnogie przerzuty rakowe (przypadki raka u ludzi stosunkowo młodszych). Układ chromochłonny nadczynny usposabia u starszych do raka, podczynny zaś u młodych ludzi do mięsaka. Podatnem podłożem dla rozwoju mięsaków jest stan tarczycowo-płciowej niedomogi. Śledziona uodparnia wobec nowotworów przez swój wpływ inkretoryczny.

większość masy inkretorycznej swego gatunku. Wycięcie gruczołu pozostawia w ustroju drobny ułamek swoistej masy wdzielniczej, a choć z natury rzeczy jest pozostałość ta jeszcze wystarczającą do życia — to jednak zabieg wywiera na jakość tego i ukształtowanie, włącznie ze sferą psychiczną, wpływ bardzo potężny. Jest możliwe, że w wielu innych rodzajach pracy wdzielniczej, jak np. we funkcji tkanki chromochłonnej, znosi organizm dużo mniejszy sumaryczny ubytek, ale też są one dużo więcej rozprószone w ustroju i stąd o tyle trudniejsze do tak ścisłego badania, jak to może mieć w odniesieniu do tarczycy.

Prace dotyczące tarczycy wytworzyły do dziś nader bogate piśmiennictwo, które pozwala nam spoglądnąć z podziwem na ogrom trudu, jaki poświęcono badaniom czynności tego gruczołu. W świetle tych różnych poglądów przedstawia się całość funkcji tarczycy jak następuje:

1) Somatyczny wpływ: a) pobudzenie wzrostu kości na długość z upośledzeniem ich grubości, a stąd leptosomia[6]); b) hamujące działanie na rozrost skóry zwłaszcza w odniesieniu do przyskórka, mimo równoczesnego pobudzenia wzrostu włosów w pewnych okolicach ciała (włosy, na głowie, brwi, rzęsy); c) potęgowanie rozwoju organów zmysłowych, zwłaszcza oczu; d) ujemny wpływ na siłę układu naczyniowego obok pobudzającego działania na rozwój płuc (niestosunkowo wielkie płuca do małych rozmiarów serca i słabych naczyń, a stąd słabość ukrwienia płuc i dobre podłoże dla rozwoju gruźlicy); e) wytworzenie nadwrażliwości odruchowej systemu nerwowego animalnego; f) wzmaganie katabolizmu z zaburzeniem równowagi w nim na korzyść rozpadu, a bez wyrównawczego anabolizmu[7]); g) wywoływanie wybitnej nadwrażliwości całego układu wegetatywnego z przeważnym nastrojem różnym zależnie od poszczególnych tkanek, a stąd amfotonia skóry, dążność do parasympatykotonji w obrębie płuc i przewodu pokarmowego, sympatykotonja układu naczyniowego, a formułka leukocytarna raczej do wagotonicznej zbliżona. Układ chromochłonny w założeniu nikły sprawia, iż pobudzenie układu sympatycznego łączy się z łatwem jego wyczerpywaniem się. Słabość systemu chromochłonnego kombinuje się też z małym rozwojem mięśni.

2) Wpływ na psychikę: a) ułatwienie asocjacji psychicznej, dotyczące zwłaszcza najwyższej funkcji korowej, a stąd zdolności twórcze; b) zwiększenie siły reakcji uczuciowej oraz energji afektów; c) osłabienie siły impetu wyładowań woli bez zasadniczego osłabienia jej istoty (t. zw. uparta wola). Czynność 2 i 3) jest samoistna. 1) potrzebuje kontaktu z resztą czynności inkretorycznych.

Już z zestawienia tego łatwo jest wywnioskować, jakie cechy somatyczne i psychiczne znamionować mogą tarczycowy typ człowieka — mimo to jednak podam bliższą jego charakterystykę oceniając wielką wartość jej dla lekarza-praktyka.

[6]) Leptosomia, w pojęciu Kretschmera, wynika ze szczególnego ustosunkowania się różnych wpływów inkretorycznych na trofikę kości. Tarczyca upośledza grubienie kości, a czynna nie w zbytnim nadmiarze, ułatwia ich wydłużanie się. Ostatnio wspomniany wpływ jest bardzo silny przy hipofunkcji płciowej, średni przy normalnej pracy gruczołów płciowych, a niezbyt wybujały, lecz dobrze zaznaczony przy hiperfunkcji tychże. Układ chromochłonny nie w nadmiarze czynny, a sprzężony z przysadką, a nawet z wegetatywnie mu obcą grupą przytarczycową, wzmaga siłę i masywność kości. Hiperchromaffinoza bardzo wysokiego stopnia nie okazuje wydatnego kontaktu z przysadką i tarczycą, nie opuszcza jednak pod tym względem przytarczyc, a stąd kości nie są zbyt grube, ale nie słabe, lecz krótkie. W rezultacie zestawić można całość leptosomji w ścisłej styczności z całością systemu wkrewnego.

[7]) Przedmiot ten omówiłem szczegółowo w pracy mej p. t.: „Tarczyca, a choroby wewnętrzne". (Pol. Gazeta Lek. 1927, 43).

O ile chodzi o obrazowe przedstawienie wpływu tarczycy na spalania, to najlepiej porównać to zjawisko z innem prostszem a znanem. Jeżeli np. spala się wyższy kwas tłuszczowy w wysokiej ciepłocie, to w pierwszej chwili rozpada się on na kilka żądnych tlenu fragmentów, a te spalają się dalej, przechodząc różne fazy pośrednie jak utrata CO_2, odwodorowania, uwodnienia i i.

W czasie palenia się zjawiają się różne ciała, ale wobec tego, że spalanie dąży różnemi drogami do CO_2 i H_2O, nie wiemy o ich obecności. Wystarczy jednak wywołać niedobór tlenu, a zaraz zaznaczy akroleina współobecność przenikliwą swą wonią. Tem czem jest we wspomnianem zjawisku akroleina, widomy znak niestosunku rozpadu substancji do stopnia jej utlenienia, tem jest przy katabolizmie tarczycowym wzrost ciał oksyfilnych.

Katabolizm nadnerczowy przypomina raczej zupełne spalenie do CO_2 i H_2O bez uwidaczniania przedstawicieli pośrednich faz oksydacji. Cechą jego jest ponadto to, że jego produkty przyspieszają tok zjawisk anabolicznej grupy.

Mężczyźni pozostający pod przeważającym wpływem tarczycy mają swoiste cechy, pozwalające odróżnić ich zaraz od innych ludzi. Cechy te grupują się b. różnie, a stąd istnieje kilka odmian tarczycowego typu. Pierwsza z astenją połączona odmiana (TA), to osobniki u których na pierwszy rzut oka stwierdzić można głównie tylko objawy niedorozwoju układu chromochłonnego, a dopiero przy ściślejszej analizie stwierdza się przejawy nadwyżki tarczycowej. Są to ludzie przeważnie drobni, rzadziej wysocy, zawsze bardzo szczupli, długogłowi, o bladej i zapadłej twarzy. Włosy na głowie mają bujne, zachodzące na kark, okolice jarzmową i skronie. Oczy duże, jakby zapatrzone w dal „smętne", uszy duże, cienkie, nos pociągły, czasem z włoskami na końcu. Wąsy o niejednolitej gęstości, czasem z opuszczeniem zawsze wilgotnego od potu przedziału *(filtrum)*, proste. Broda mała w tył cofnięta, zarost jej rośnie głównie powyżej *sulcus mentolabialis*, na *mentum* i bocznych stronach, a stąd jest on jak powygryzany, przechodzi na szyję i policzki, z powodu tego jest dla swej nieestetyczności często golony. Zęby gęste, długie, a słabe, czasem obecna diastema; język długi, obłożony, podniebienie twarde, wysokie; gardło ma gotyckie łuki. Szyja długa, wąska. Pomum Adami wyraziste. Łuk barkowy spadzisty. Klatka piersiowa wątła, długa, wąska, płaska z wyraźnymi dołkami nad- i podobojczykowemi, szerokiemi przestworami międzyżebrowemi, ostrym kątem łuków żebrowych i wolnem dziesiątem żebrem. Bardzo często zmiany szczytowe. Serce małe „kroplowate", kąt między poprzecznym wymiarem serca, a główną osią ciała bardzo ostry. Akcja serca zmienna. Naczynia nikłe. Brzuch nieco „żabi", wzdęty, o powłokach cieńkich, z częstem przelewaniem w kiszkach. Skóra cieńka, bardzo gładka, nierzadko wilgotna. Cały tułów obrosły miernie, dość długim, zazwyczaj ciemnym, prostym włosem, najdłuższym w górnych partjach klatki piersiowej i z tyłu koło łopatek. Owłosienie pod pachami i na *mons Veneris* obfite. Tak samo w okolicy odbytu. Prącie i jądra duże. Kończyny wątłe, słabe, ale długie z arachno-daktylją. Psychicznie zahamowani, a stąd na pozór nieciekawi. W istocie obdarzeni dobrą sprawnością myślową, zwłaszcza w odniesieniu do asocjacji składających się na to, co określamy jako twórczość i pomysłowość. Te cechy różnią omawiany typy od czystego niedorozwoju systemu chromochłonnego (A), w którym istnieje słabość somatyczna, ale niema duchowej siły.

Między typem TA a T są przejścia, któreby można określić znakiem AT.

Druga, a względnie czysta już odmiana typu tarczycowego (T_1) rzuca się odrazu w oczy swym niepokojem. Podczas gdy ludzie poprzednio opisani są z natury powolni, pozornie spokojni, co wynika z zahamowania i mają dążność do smucenia się, są przedstawiciele drugiej odmiany tarczycowców zgoła różni od poprzednich. Albo niepohamowana cokolwiek nerwowa „szampańska" wesołość albo stały niepokój motoryczny, albo też zmienność i kapryśność jest ich udziałem. Pierwsza grupa usposobień czyni z nich ludzi nieraz towarzysko poszukiwanych, lubianych i wprost rozrywanych dla swego humoru i werwy, druga dostarcza niezrównanych towarzyszów niezbyt forsownych wycieczek, podróży i wszelkich lżejszych ruchowych rozrywek, trzecia, niemożliwa do pożycia, zdolna jest wywołać tylko rodzinne i towarzyskie niesnaski. Są też i kombinacje opisanych usposobień. Wszystkie nacechowane są estetyczną subtelnością[8]). Somatycznie różnią się wszyscy ci ludzie nieco od poprzednich przedstawicieli tarczycowców. Są od nich (wyjąwszy ich typy wysokie) przeważnie wyżsi, niekiedy bardzo wysocy, a wątli. Zazwyczaj mają piękne, swoiście błyszczące oczy, o długich rzęsach i gęstych brwiach, czasami zrośniętych nad nosem *(synophris)*. Zarost twarzy mają lepiej rozwinięty. Skłoność do siwienia duża. Skóra jest swoiście zaróżowiona, a każdy bodziec mechaniczny na nią wywarty, powoduje silną dermografję czerwoną, białą a rzadko kiedy wyniosłą względnie złożoną z nierówności wywołanej skurczem pilomotorów. Akcja serca przeważnie z dużą dążnością do przyspieszania się. Wyraźna skłonność do gruźlicy płuc, zwłaszcza między 15 a 30 r. ż. Podczas gdy w odmianie pierwszej wysuwa się na główny plan hyposympatykotonja, widać często u przedstawicieli odmiany drugiej silne przedrażnienie współczulne obok łatwości wyczerpywania się układu sympatycznego (skłonność do omdleń).

Odmiana trzecia (T_2) — to ludzie nad wyraz delikatni i przesubtelnieni, cisi i dystyngowani, bardzo łatwo zrażający się, zamknięci w sobie, zahamowani, ale i zdolni iść za głosem szcze-

[8]) Szczególna dążność tarczycy do estetycznego uczulania psychiki, jest zastanawiającą. Widocznem jest, że inkret tarczycowy uruchamia energetykę komórek mózgowych w sposób do pewnego stopnia wybiórczy.

Rozprzaszanie koloidów pierwoszcza może być rejonowo różne, zależnie od przyrody inkretu, a stąd różne jakościowo przejawy hiperergji.

rego uczucia. Somatycznie jednoczą cechy poprzednich odmian (drobni, wątli, mają piękne, „rozmarzone", duże oczy, w estetycznej oprawie) i szczególnie są podatni do gruźlicy. Drobne ich serce nie może nadążyć wymogom bodźców psychicznych a stąd staje się głównem źródłem ich skarg i częstym bodźcem do zasięgania porady lekarskiej.

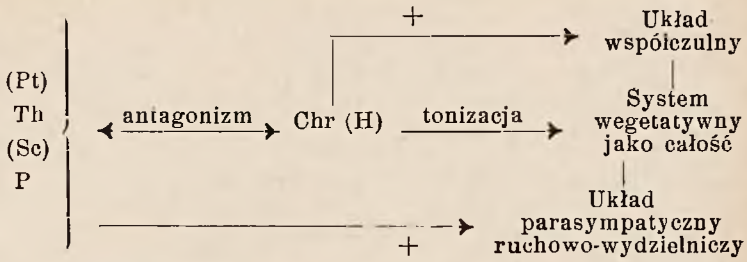
Ostatnią nader ciekawą odmianą tarczycowego typu są ludzie w młodości nadmiernie przeczuleni, a z czasem ulegający uczuciowemu zobojętnieniu; stają się oni zimni, nieczuli, a niezłomni w postanowieniach. Wolę mają upartą, a jej rozkazy spełniają z zupełną dokładnością. To co u tarczycowców osłabia kierunkowo silną w istocie ich wolę i daje jej pozór słabości, to jest nadmierna uczuciowość i stała gra afektów — nie wchodzi tu w rachubę. Somatycznie są przedstawiciele opisanej odmiany zbliżeni do poprzednich. Patologja ich nie różni się od patologji tamtych (skłonność do gruźlicy).

Statystyka materjału mego, dotycząca typu tarczycowego, pozwala mi go uważać za typ nader podatny do wszelakich schorzeń. Czysto tarczycowe przypadki (T_1, T_2) wynosiły 15% wszystkich, tarczycowo-asteniczne (TA) aż 29%. Rodzaje chorób były rozmaite, prym wodziła u tarczycowców gruźlica. W odmianie pierwszej (TA) była ona włóknista i łagodna, w drugiej (T_1) częściej stwierdzałem infiltrację, w trzeciej (T_2) były organizmy młode, nad wyraz podatne do rozpadowych postaci [9]). Anemja była cechą prawie wszystkich ludzi, należących do typu tarczycowego. Skłonność do czerwienienia się (najsilniejsza u T_2) łudziła co do wyglądu na pierwszy rzut oka, ale oglądanie błon śluzowych odrazu okazywało istotny stan rzeczy. O ile były przeprowadzone badania krwi, to zawsze stwierdzano większą oligochromję ciałek czerwonych, aniżeli ich liczbowe zmniejszenie się. Trzeciem schorzeniem bardzo częstem były nerwice, przyczem stosunek nerwic serca do innych wypadał jak 7:3. Wśród ostatnich stwierdzałem dychawicę oskrzelową i nerwice przewodu pokarmowego. Przypadków bez nerwic widziałem tylko 20, z czego 12 dotyczyło odmiany TA, 6 odmiany T_1, a tylko 2 odmiany T_2. Czwartym stanem patologicznym były zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, nacechowane nadwyżką wpływu układu nerwu błędnego; na odmianę TA przypada dwie trzecie wszystkich. Schorzenia z hipofunkcją vagi zdarzały się w odmianie T_2.

Reszta chorób dotycząca typu tarczycowego była mniej obfita od poprzedniej. Należały do niej m. i.: wady serca (u. ż. l.: u. t. l. = 2·1:1), choroby błon surowiczych (opł. os.: otrz. = 7·1:2), limfadenozy, nefrozy i cukrzyca (45 przypadków).

Czyste nefrosklerozy należały do schorzeń wyjątkowych w tym typie. W czysto tarczycowym (T_1, T_2) miałem zaznaczony tylko jeden przypadek, u tyreoasteników ani jednego przypadku. Częstszą od poprzedniej, ale na ogół rzadką, była miażdżyca tętnic o znaczniejszem nasileniu, pospolitsza u T_1, niż u T_2 i TA. Wśród chorób przemiany materji zwracały uwagę oprócz wspomnianej cukrzycy także i skaza moczanowa ze skłonnością do objawów skórnych, zasadniczo różna od dny typu nadnerczowego. Była ona od cukrzycy trzy razy częstsza a niekiedy łączyła się z nią w zespolone zaburzenia przemiany materji (8 przypadków). Raki stwierdziłem w 5% przyp.

Stosunek asteników do poszczególnych schorzeń wewnętrznych jest trudniejszy do uchwycenia. Astenja jest stanem wywołanym przez niedomogę układu chromochłonnego, ale pozatem bardzo rozmaitym. System chromochłonny pozostaje do reszty systemu wkrewnego w następującym wegetatywnym stosunku [10]):



Po stronie parasympatycznej stoją cztery komórkowe systemy inkretoryczne, po współczulnej dwa, tj. omawiany układ chromochłonny i przysadka mózgowa. Tarczyca jest czynnikiem wkrewnym uczulającym obie strony. Gruczoły płciowe pozostają w szczególnym stosunku do reszty. Nadwyżka silnej grupy parasympatycznej hamuje wprost rozwój układu chromochłonnego, co nie przeszkadza temu, że inną dalszą może z nią i współdziałać (przytarczyca, kora nadnercza). Zdecydowanym antagonistą i tylko antagonistą układu chromochłonnego jest grasica a poniekąd i trzustka. Pierwsza jest o tyle ważniejsza, że maksimum jej działania przypada na okres rozwoju organizmu. Tarczyca, choć jest zasadniczo w symbiozie ze systemem chromochłonnym, może przez zdolność wzmacniania grasicy osłabiać jego rozrost. Może wreszcie Chr. być w założeniu słaby. Astenja jest jak z tego widać pojęciem bardzo ogólnem. Dziś można poza omówioną tyreoastenją (TA) odróżnić astenję czystą (A), astenję pograsiczą (ATh) i kilka rzadszych odmian mniej lub więcej scharakteryzowanych, — wśród nich np. astenję z właściwościami pewnej nadczynności komórek lipoidowych (ASc). Sumarycznie wynosi grupa asteniczna 16% ogólnej statystyki przypadków męskich (w tem 10% A), zależnie od postaci zmienia się stosunek astenji do stanów chorobowych.

Przedstawia je załączona tabelka:

Rodzaj choroby	A	A Th	A Sc	Inne postacie
Ostre ch. narz. odd. Tbc. . .	wzgl rzadsze ++ (fibrosa)	dość często j. poprzed.	odporniejszy, choć podobny do A	
Anemje	++	+++		
Leukemja . . .	spotykana	—		
Ch. serca ostre	++	++		obraz zbliżony na ogół do A
Miażdżyca tętnic	rzadko	b. rzadko		
Nerwica serca .	++	obecne	+	
Inne nerwice .	++	dość rzadk.	++	
Chor. bł. surow.	często	b. często	—	
Chor. przew. pokarm. z nadw. wagot. obj. [*].	++++	++	++++	
Lymfadenozy .	+	++++++	podobne do A	
Nefrozy	++	+++		
Nefropatje miesz.	++	+++		W astenji z hypotyreozą spotykana skłonność do tycia w późniejszym wieku i zaburzenia w przemianie purynowej
Nefrosklerozy .	—	—		
Otyłość	—	—	otyłość tylko w odnies do tuł. czasem zaznacz.	
Cukrzyca . . .	—	—		
Dna	—	—		
Chor. mięśni i staw.	przewlekłe	częste		

Raki stanowiły 4% przypadków.

* * *

Przeciwieństwem typu tarczycowego winien być typ t, znamienny objawami niedomogi tarczycy. W istocie niema go u zdrowych w rzędzie całkiem samoistnych typów, a jedynie dobarwiać on może typy, na tle których powstał. Są nimi najczęściej A (szczególnie ATh) i N. Dużo rzadziej łączy się t z typem mięśniowym. O ile hipotyreoza przeszła na plan pierwszy, staje się już nie jednostką typu, ale jednostką patologiczną, podobnie jak nadmierna hipertyreoza (T+) jest już zdecydowaną chorobą B a s e d o w a. Stanów chorobowych z udziałem hipotyreozy, wzgl. atyre-

[9]) S. S t e r l i n g uważa nadnercze za jeden z najważniejszych czynników obronnych przy gruźlicy. Tarczyca pobudza nadnercze do pracy, a stąd jest jej hiperfunkcja przy gruźlicy cenną. Poglądy wspomnianego badacza (por. pracę tego ogł. w Pol. Archiwum Medycyny wewn. T. IV. z. 3. str. 512—538) tłumaczą nader jasno nadczułość T_2 na gruźlicę. Staje się zrozumiałem, że z pośród wszystkich tarczycowców potrzebują oni największego podpędzania systemu chromochłonnego do pracy, musi więc on być u nich niewydolny i nie jest w stanie, mimo sztucznego podniecania, sprostać swemu zadaniu w przebiegu choroby o której mowa.

[10]) W podanym schemacie oznaczają znaki: Pt gruczoły przytarczyczne, Th grasicę, Sc korę nadnercza wzgl. system komórek lipoidowych, P trzustkę, Chr rdzeń nadnercza wzgl. system komórek chromochłonnych, a H przysadkę mózgową. Znak: + określa wpływ pobudzający.

ozy znamy bardzo dużo i mają one różne nazwy *(myxoedema, cachexia thyreopriva, nanismus, cretinismus, myxinfantilismus,* a poniekąd z t związane: *cachexia senilis, progeria,* 2 typy Rola, 2 Sourdela, choroba Dercuma, otyłość z anemją i zimną skórą, „artretyzm", *„cellulite", „frigorosa",* choroba Hertogha, i niektóre inne). Przypadki z tego rodzaju miałem w mej statystyce, ale jako jednostki patologiczne już swoiste; nie mogły się one przyczynić do rozszerzenia mego poglądu na somatykę i stosunek do chorób wewnętrznych dotyczących prawdziwych typów ludzkich. Nie zatrzymując się więc nad niemi, przejdę do opisu następnego typu.

Dok. nast

Mieczysław SZAJNA. Lwów.

I. Działanie hipertonicznych roztworów jonów K, Na i Li na pantofiarki ogoniaste *(paramaecia caudata).*

II. Mechanizm działania adrenaliny i kokainy na pantofiarki ogoniaste *(paramaecia caudata).*

Z Zakładu Fizjologii U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Beck.

Katjony wywierają wybitny wpływ na komórkę, albowiem amfoteryczne białka komórkowe wobec reakcji słabo alkalicznej, charakterystycznej dla wszystkich prawie środowisk wewnątrzkomórkowych, dysocjują, jak słabe kwasy. Skutkiem tego powierzchnia komórki naładowana jest ujemnie i przyciąga dodatnie katjony.

Wpływ katjonów na komórkę stwierdzony został w licznych doświadczeniach. Gellhorn[1]) wykazał ich wpływ na ruchliwość plemników świnki morskiej i żaby, na plemniki i jaja niektórych zwierząt morskich, na pęcznienie włókien mięsnych, Miculicich[2]) zaś na hemolizę. We wszystkich niemal doświadczeniach katjony układają się zależnie od siły swego działania w szereg, odpowiadający szeregowi Hofmeistra. Ponieważ zaś szereg Hofmeistra określa zdolność wysalania białka przez dany katjon, zatem zgodność ta oznacza, że wpływ, jaki wywierają katjony na żywą komórkę, polega na wysoleniu białka komórkowego.

Wprawdzie jon potasu działał w doświadczeniu Gellhorna najsłabiej na plemniki świnki morskiej, zatem w przeciwieństwie do najsilniejszego wysalania białka przez ten katjon, ale to odstępstwo znajdzie łatwo wytłómaczenie, jeżeli uwzględnimy, że najmniejsza zmiana w koncentracji soli, jej rodzaju lub co najważniejsza w reakcji środowiska, powoduje odmienny obraz działania katjonów. Zmiana reakcji środowiska w kierunku zwiększenia ilości jonów wodorowych sprawia, że kwaśna dysocjacja białek komórkowych ustaje, lub przy silniejszem zakwaszeniu, ustępuje miejsca dysocjacji alkalicznej, co oczywiście musi zmienić wpływ katjonów na komórkę. Rubinstein[3]) wykazał bardzo wybitny wpływ reakcji środowiska na toksyczność soli metali alkalicznych. Höber i Schürmeyer[4]) obserwowali bezpośrednio pod ultramikroskopem wpływ działania katjonów na dyspersję białka. Przepuszczalność błon komórkowych ulega zmianie pod wpływem reakcji środowiska.

Wobec tak licznych dowodów działania katjonów na komórkę nasuwa się przypuszczenie, że hipertoniczne roztwory jonów metali alkalicznych dlatego działają na komórkę zabójczo, że dostają się do jej wnętrza, powodując zmiany w białku komórkowem. Jeżeli istotnie takie działanie się odbywa, powinny katjony, zależnie od siły, z jaką niszczą komórkę, ułożyć się w szereg, identyczny z szeregiem Hofmeistra.

Celem stwierdzenia powyższych przypuszczeń, umieszczałem pantofiarki ogoniaste *(paramaecia caudata)* w różnocząsteczkowych roztworach chlorków K, Na i Li, wyszukując dla każdego z nich stężenie toksyczne.

Metodyka.

Do 5 ccm roztworu chlorku potasu, sodu lub litu o stężeniach, podanych na załączonych tablicach wlewałem 0,5 ccm kultury pantofiarek ogoniastych, założonej przez nalanie wody wodociągowej na suche siano. Następnie obserwowałem zmiany, jakie w nich zachodzą pod wpływem działania roztworów soli. Po przekroczeniu pewnych granic stężeń soli, różnych dla poszczególnych katjonów, ruchy pantofiarek og. ustawały. Za stężenie toksyczne uważałem tę ilość gram cząsteczek danej soli w 5 ccm roztworu, która w przeciągu jednej minuty zabijała wszystkie pantofiarki. Po ustaniu ruchów komórek pod wpływem soli, kontrolowałem wielokrotnie w różnych odstępach czasu obraz mikroskopowy zabitej kultury. Za zabite komórki uważałem te, które okazywały zupełną nieruchomość, i po dłuższym lub krótszym czasie ulegały rozpadowi.

Reakcja badanych roztworów wahała się zawsze w granicach ph 6,8—6,6. Trzy załączone poniżej tablice ilustrują uzyskane z doświadczeń wyniki:

Tabl. 1.

Wpływ hipertonicznych roztworów KCl na pantofiarki ogoniaste. (5. 8. 1926).

Lp.	Ilość gram-cząsteczek w 5 ccm. roztworu	po 1'	po 3'	po 5'	po 10'
1	0 006700	martwe	—	—	—
2	0,005360	„	—	—	—
3	0,004020	„	—	—	—
4	0,002680		—	—	—
5	0,001340	„	—	—	—
6	0.001206	„	—	—	—
7	0.001072	„	—	—	—
8	0,000938	.		—	—
9	0 000804	b słaby ruch	idem	idem	idem
10	0,000670	b. słaby ruch	„	„	„
11	0.000536	R. dość żywy	„	ruch słaby	„
12	0,000402	R. dość żywy	„	ruch słabszy	ruch słaby
13	0,000268	R dość żywy	idem	ruch słabszy	ruch słaby

Tabl. II.

Wpływ hipertonicznych roztworów NaCl na pantofiarki ogoniaste. (6. 8. 1926).

Lp.	Ilość gram-cząsteczek w 5 ccm. roztworu	po 1'	po 3'	po 5'	po 10'
1	0,008550	martwe	—	—	—
2	0,006840	„	—	—	—
3	0 005130	„	—	—	—
4	0,003420	„	—	—	—
5	0 001710	„	—	—	—
6	0,001559	„	—	—	—
7	0 001368	„	—	—	—
8	0,001197	„	—	—	—
9	0 001026	„	—	—	—
10	0 000855	ruch słaby	idem	ruch b. słaby	idem
11	0 000684	ruch dość żywy	„	idem	ruch słaby
12	0 000515	ruch żywy	„	ruch słabszy	idem
13	0 000342	ruch żywy	„	idem	ruch słabszy

Tabl. 3.

Wpływ hipertonicznych roztworów LiCl na pantofiarki ogoniaste. (7. 8. 1926).

Lp.	Ilość gram-cząsteczek w 5 ccm. roztworu	po 1'	po 3'	po 5'	po 10'
1	0 011750	martwe	—	—	—
2	0,009400	„	—	—	—
3	0,007050	„	—	—	—
4	0 004700	„	—	—	—
5	0 002350	.	—	—	—
6	0 002115	„	—	—	—
7	0 001880	„	—	—	—
8	0,001645	„	—	—	—
9	0,001410	„	—	—	—
10	0,001175	ruch b słaby	idem	idem	martwe
11	0,000940	ruch b. żywy	ruch słabszy	ruch słaby	idem
12	0 000705	ruch żywy	ruch żywy	ruch słaby	idem
13	0,000470	ruch b. żywy	idem	ruch d. żywy	idem

Jak z powyższych schematów widać, stężenia toksyczne chlorków potasu, sodu i litu tworzą szereg, zaczynający się od najsilniej działającego potasu:

$$K > Na > Li$$

zgodny zupełnie z przebiegiem szeregu Hofmeistra. Na pierwszem miejscu stoi K (0,000,938), na drugiem Na (0,001.026), na ostatku wreszcie (0,001,410) Li zatem zupełnie równolegle do swej zdolności wysalania białka.

Takie uszeregowanie się roztworów hipertonicznych chlorków metali ziem alkalicznych zależnie od ich działania trującego

---

[1]) E. Gellhorn, Pfluegers Arch. f. d. ges. Physiologie 193. 555. 1922, 216, 181 1922.

[2]) Miculicich. Zentralblatt f. Physiologie 24. 523. 1910.

[3]) D. L. Rubinstein. Pfluegers Arch. f. d. ges. Physiologie 216. 82. 1927. 200. 583. 1923.

[4]) P. Hoeber u A. Schuermeyer, Pluegers Arch. f. d. ges. Physiologie 214. 516. 1927.

na pantoflarki ogoniaste, świadczy niewątpliwie o wpływie jonów K, Na i Li na białko wewnątrzkomórkowe, którego istotą jest wysalanie białek komórkowych.

II.

Przepuszczalność błon komórkowych ulega ustawicznym zmianom fizjologicznym i patologicznym. Wpływ licznych czynników na przepuszczalność błony komórkowej zwierzęcej lub roślinnej, był niejednokrotnie wykazywany. Ulega ona zmianom pod wpływem czynników fizyko-chemicznych, jak zmiana reakcji lub składu chemicznego komórki, oraz energetycznych, jak ciepła, światła, elektryczności.

Zauważyłem, że pantoflarki ogoniaste zachowują się bardzo charakterystycznie w roztworach adrenaliny i kokainy. Poddane działaniu roztworu adrenaliny o stężeniu toksycznem, podanem na tablicach 4-tej i 5-tej, ulegają natychmiastowemu porażeniu. Po upływie pół sek. rozsypują się, wyrzucając z siebie wielką ilość drobnych kuleczek, tak, że w jedną minutę potem nie można absolutnie rozpoznać komórki. Działanie kokainy jest podobne z tą różnicą, że tu pantoflarki ogoniaste zaczynają się jeszcze w ruchu rozsypywać, pozostawiając za sobą mnóstwo małych kuleczek.

Doświadczenia te wykonywałem w następujący sposób:

Do 0,05 ccm kultury pantoflarków ogoniastych (w wodzie wodoc.), umieszczonej na szkiełku zegarkowem pod mikroskopem, dodawałem roztworu adrenaliny lub kokainy w ilościach, podanych na tablicy 4 i 5. Adrenaliny używałem stale w rozcieńczeniu 1% w 0,9% NaCl, kokainy natomiast jako chlorku w stężeniu 5% lub 1% w wodzie destylowanej.

Tablice 4 i 5 przedstawiają wyniki, uzyskane w wielu podobnych doświadczeniach.

Tabl. 4.

Wpływ adrenaliny na pantoflarki ogoniaste. (3. 7. 1927).

Lp.	Ilość ccm. kultury i roztworu adrenal.	Ilość mg. adrenal.	po 1'	po 3'	po 5'	po 15'	po 30'
1.	0,05 ccm. kultury i 0,5 ccm r. adrenal.	0,5	martwe	—	—	—	—
2.	0,05 ccm kultury i 0,4 ccm. r. adrenal.	0,4	„	—	—	—	—
3.	0,05 ccm. kultury i 0,3 ccm. r. adrenal.	0,3	„	—	—	—	—
4.	0,05 ccm. kultury i 0,2 ccm. r. adrenal.	0,2	słaby ruch	idem	martwe	—	—
5.	0.05 ccm .kultury i 0,1 ccm. r. adrenal.	0,1	żywy ruch	idem	idem	idem	idem

Stężenie toksyczne dla adrenaliny wynosi 0,3 mg adrenaliny w 0,35 ccm roztworu.

Tabl. 5.

Wpływ chlorku kokainy na pantoflarki ogoniaste. (4. 7. 1927).

Lp.	Ilość ccm. kultury i roztworu chlor. kokainy	Ilość mg. ch. kok.	po 1'	po 3'	po 5'	po 15'	po 30'
1.	0,05 ccm. kultury i 0,05 „ 5% ch. kok.	2,5	ruch d. żywy	idem	idem	ruch słaby	idem
2.	0,05 „ kultury i 0,02 „ 5% ch. kok.	5,0	martwe	—	—	—	—
3.	0,05 „ kultury i 0,06 „ 5% ch. kok.	3,0	ruch słaby	idem	ruch b słaby	idem	martwe
4.	0,05 „ kultury i 0,08 „ 5% ch. kok.	4 0	ruch b. słaby	idem	martwe	—	—
5.	0.05 „ kultury i 0,02 „ 5% ch. kok.	2,0	ruch żywy	idem	idem	idem	ruch nie.o słabszy

Stężenie toksyczne dla chlorku kokainy wynosi 0,5 mg substancji w 0,15 ccm roztworu.

Obraz działania obu tych substancji wskazuje nadto, że rozluźniają one lub niszczą błonę komórkową, przez co zawartość komórki wysypuje się na zewnątrz.

Celem przekonania się, czy pantoflarki ogoniaste, znajdujące się w roztworze chlorku potasu lub wapnia, łatwiej ulegną toksycznemu działaniu adrenaliny, względnie kokainy, umieszczałem je wprzód w roztworach wymienionych soli. Co pewien czas dawałem kroplę wspomnianej mieszaniny, zawierającej żywe komórki na szkiełko pod mikroskop, dodając następnie odpowiedniej ilości adrenaliny względnie kokainy.

Doświadczenia te odbywały się w sposób następujący:

2 lub 2,5 ccm. kultury pantoflarków ogon. mieszałem z 1 lub 0,5 ccm. 2% KCl względnie $CaCl_2$ w wodzie destylowanej. Poczem co pewien stały czas brałem z tej mieszaniny 0,05 ccm. i po stwierdzeniu ruchliwości komórek, dodawałem roztworu 1% adrenaliny w 0,9% NaCl względnie 1% lub 5% chlorku kokainy w wodzie destylowanej, w ilościach podanych na tablicach 6, 7 i 8. Dla stwierdzenia wyraźnego synergizmu między jonami potasu i wapnia, a adrenaliną względnie kokainą, dodawałem stale wymienione jady w stężeniach, o wiele niższych od stężenia toksycznego, t. z. tego stężenia, które w przeciągu jednej minuty zabiło wszystkie komórki.

Tablice 6, 7 i 8 przedstawiają wyniki, uzyskane w wielu podobnych doświadczeniach.

Tabl. 6.

Wpływ 2% KCl na działanie adrenaliny na pantoflarki ogoniaste. (5. 7. 1927).

Lp.	Ilość ccm. roztw kultury i KCl.	Czas działania roztworu KCl.	Ilość miesz. kult. z KCl. i r. adr	po 1'	po 3'	po 5'	po 15'	po 30'
				od dodania adrenaliny				
1.	2 ccm. kultury i 1 ccm KCl.			żywy ruch	idem	idem	słaby ruch	idem
		1'	0,05 ccm miesz. i 0,1 ccm. r. adr.	ruch b. słaby	idem	idem	martwe	—
		3'	„	ruch b. słaby	idem	idem	martwe	—
		5'	„	ruch b. słaby	idem	idem	martwe	—
		15'	„	martwe	—	—	—	—
		30'	„	martwe	—	—	—	—
2.	2,5 ccm. kultury i 0.5 ccm. KCl.			ruch b. żywy	idem	idem	ruch żywy	ruch słaby
		1'	0 05 ccm. miesz. i 0,1 ccm. r. adr.	ruch b. żywy	idem	ruch słaby	idem	martwe
		3'	„	ruch b. żywy	idem	ruch słaby	idem	martwe
		5'	„	ruch słaby	idem	idem	martwe	—
		15'	„	ruch b. słaby	idem	martwe	—	—
		30'	„	martwe	—	—	—	—

Z powyższego widać, że KCl potęguje działanie adrenaliny na pantoflarki ogoniaste.

Tabl. 7.

Wpływ 2% KCl na działane chlorku kokainy na pantoflarki ogoniaste. (6. 7. 1927).

Lp.	Ilość ccm. roztw. kultury i KCl.	Czas działania roztworu KCl.	Ilość miesz. kult. z KCl. i r. kok	po 1'	po 3'	po 5'	po 15'	po 30
				od dodania adrenaliny				
1.	2,5 ccm. kultury i 0,5 ccm. KCl.			ruch b. żywy	idem	idem	ruch żywy	ruch słaby
		1'	0,05 ccm miesz. i 0,05 ccm. 5 r. chlorku kokainy	martwe	—	—	—	—
		3'	„	martwe	—	—	—	—
		5'	„	martwe	—	—	—	—

	2,5 ccm. kultury i 0,5 ccm. KCl.	1'	0,05 ccm. miesz. i 0,1 ccm. 1% r. chlorku kokainy	ruch b. żywy	martwe	—	—	—
		3'	„	„	„	—	—	—
		5'	„	„	„	—	—	—
		15'	„	„	„	—	—	—
		30'	„	„	„	—	—	—

Podobnie potęguje się działanie chlorku kokainy pod wpływem jonów K.

Tabl. 8.

Wpływ 2% $CaCl_2$ na działanie adrenaliny czy pantoflarki ogoniaste. (7. 7. 1927).

Lp.	Ilość ccm. roztw. kultury i $CaCl_2$	Czas działania roztworu $CaCl_2$	Ilość miesz. kult. z $CaCl_2$ i r. adr.	po 1'	po 3'	po 5'	po 15'	po 30
1.	2 ccm. kultury i 1 ccm. $CaCl_2$			ruch żywy	idem	ruch b. żywy	idem	ruch słaby
		1'	0,05 ccm. miesz. i 0,1 ccm. r. adren.	ruch słaby	martwe	—	—	—
		3'	„	„	„	—	—	—
		5'	„	ruch b. słaby	ruch b. słaby	martwe	—	—
		15'	„	„	idem	„	—	—
		30'	„	„	martwe	—	—	—
2.	„	1'	0,05 ccm. miesz. i 0 2 ccm. adren.	ruch b słaby	martwe	—	—	—
		3'	„	„	„	—	—	—
		5'	„	„	„	—	—	—
		15'	„	martwe	—	—	—	—
		30'	„	„	—	—	—	—

Jak widać $CaCl_2$ wzmacnia działanie adrenaliny. Na kokainę natomiast niema żadnego wpływu.

Mechanizm współdziałania chlorku wapnia z adrenaliną, oraz chlorku potasu z adrenaliną, a zwłaszcza z kokainą jest niejasny. Uprzytamniając sobie jednak obraz działania czystej adrenaliny lub kokainy na pantoflarki ogoniaste, z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać możemy uszkodzenie błony komórkowej przez wspomniane jady, wskutek czego jony potasu i wapnia szybciej i energiczniej wnikają do wnętrza komórki, strącając białko komórkowe.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

O. BUJWID. Kraków.

Dawno obserwowany przypadek niezwykłej potworności stopy. (Makrodaktylia).

W nrze 42 Gazety przeczytałem artykuł kol. W. Tuerschmida z N. Targu, dotyczący przypadku, rzadkiego, jak mówi autor, Makrodaktylii.

Nie mogę wobec tego nie wspomnieć o przypadku, jaki widziałem i operowałem w zaraniu mojej praktyki lekarskiej, we wsi Kuchary pod Zakroczymiem, gdzie przebywałem wówczas jako świeżo ukończony lekarz. Zgłosiła się do mnie kobieta wiejska z synem siedmioletnim, dobrze zbudowanym chłopcem, który od urodzenia nie mógł włożyć buta na prawą nogę i to było największem zmartwieniem matki i chłopca; oboje ze łzami błagali, ażebym na to poradził. Byli już u kilku lekarzy i ci nie chcieli zrobić operacji odsyłając ich do szpitala do Warszawy, a tego okropnie się boją!

Operacja przedstawiała mi się, jako rzecz zupełnie łatwa, zwłaszcza, że, po niedawnej prakyce u Prof. Jul. Kosińskiego (praktyka polegała na przyglądaniu się operacjom wykonywanym przez mistrza i jego uczniów: Jawdyńskiego, Szteynera, Bukowskiego) czuło się niezwykły zapał do wykonywania zabiegów chirurgicznych. Makrodaktylia wyglądała w ten sposób, że drugi palec prawej stopy, będący wielkości prawie pięści chłopca rozsadzał oba sąsiednie palce i sterczał do góry jak róg nosorożca. W zimie było najgorzej, gdyż biedny dzieciak nie mógł wychodzić z chałupy, bez narażenia się na odmrożenie. Umieściwszy tedy malca z matką w jakiejś sąsiedniej chacie, w uśpieniu chloroformowem zrobiłem wyłuszczenie; rana zagoiła się *per primam,* w dwa tygodnie potem malec zjawił się w butach po raz pierwszy w życiu. Na przekroju, przerosła olbrzymio kość pokryta była grubą warstwą tłuszczu, bez śladu mięśni. Z pod pyłu wspomnień wykopuję obecnie ten przypadek, o których w ogóle powiada kol. T., że są taką rzadkością, iż dotąd ogłoszono ich zaledwo 43 do r. 1923. Może mój był jednym z pierwszych?

Było to przecież w roku 1885.

Dr. Jan ZAORSKI, st. asystent kliniki. Warszawa.

Pęcherzyca gazowa jelita cienkiego.

Z II. Kliniki Chirurgicznej U. W.
Dyr. Prof. Dr. Z. Radliński).

Chora B. H lat 21 (Hist. chor. Nr. 919. III. A. R. 1926/7) z zawodu szwaczka, zostaje skierowana do kliniki przez klinikę wewnętrzną. W wywiadach chora podaje, że od 2 lat cierpi na bóle, w okolicy dołka podsercowego i pępka. Bóle te dość ostre występują najczęściej w jakiś czas po jedzeniu. Prócz tego chora odczuwa stale zgagę, nudności, kwaśne odbijania, a nawet miewa wymioty, szczególnie po zjedzeniu czegoś ciężej strawnego. Wobec powyższego od dłuższego czasu chora jada tylko mleko, bułki i jaja. Stan ten od czasu do czasu poprawia się, objawy się zmniejszają, ale nie ustają zupełnie. W ostatnich paru miesiącach stan chorej znacznie się pogorszył, bóle, zgaga, nudności, kwaśne odbijania bardzo się nasiliły, chora wybitnie schudła. Mocz oddaje prawidłowo, stolce czasem zaparte, czasem wolne. Podwyższonej ciepłoty nie zauważyła. W tym stanie zgłasza się na leczenie do kliniki chorób wewnętrznych.

Stan obecny w klinice chirurgicznej:

Chora wzrostu średniego, zbudowana prawidłowo, odżywiona źle. Widoczne błony śluzowy blade, skóra blada z odcieniem żółtawym, o małej ilości tkanki tłuszczowej. Na głowie i szyi zmian chorobowych nie stwierdzamy. Klatka piersiowa długa, wąska, nad prawym szczytem lekkie stłumienie. Serce bez zmian. Jama brzuszna: brzuch nieco zapadły, podczas oddechów nie wykazuje nic chorobowego. Obmacywaniem stwierdza się znaczną bolesność w okolicy pępka i prawego podżebrza. Za pomocą lekkiego macania wyczuwa się w okolicy pępka i poniżej, jakby elastyczny opór, przesuwalny, o nieokreślonych granicach. Osłuchiwaniem stwierdzamy pluskania, szmery jelitowe jakby rozdętych trzew. Wątroba i śledziona niemacalne, stłumienie wątroby utrzymane. Kończyny bez zmian. Ciepłota 37.2°, tętno 84.

Badanie zawartości żołądka: naczczo wydobyto 160 cm^3 cieczy zielonkawo żółtej, zawierającej resztki pokarmowe dobrze strawione; na powierzchni liczne kulki tłuszczu, śluzu brak. Warstwa stała do płynnej przedstawia stosunek 1:2. Wolny kwas solny 54; ogólna kwasota 74, próba benzydynowa niewyraźna. Mikrokopowo: ziarnka skrobi, kuleczki tłuszczu, drożdże, komórki roślinne, czworniaki żołądkowe. W 45 minut po próbnem śniadaniu (EB) wydobyto 180 cm^3 zawartości, warstwa stała do płynnej 3:2; śluzu brak, wolny kwas solny 44; ogólna kwasota 63.

Stolec składników chorobowych nie zawiera.

Badanie przewodu pokarmowego promieniami X (Oddz. rent.) wykazało: żołądek wybitnie rozszerzony i opuszczony aż do spojenia łonowego układa się na kształt miski. Ruchomość bierna zniesiona, przesuwalność mała. Ściany żołądka zupełnie wiotkie. Ruchy żywe, fale ich szerokie. Nie stwierdza się jednak przechodzenia pokarmów przez odźwiernik i dwunastnicę. Górna

zewnętrzna część żołądka, oddzielona od przepony jelitem, wypełnionem gazami podobnie, jak wątroba. Po 6 i 18 godzinach tylko nieznacza ilość papki barytowej znajduje się w jelitach, reszta prawie w całości pozostaje w żołądku.

Badanie krwi wykazuje 3.180.000 ciałek czerwonych, 76 hemoglobiny, index 1.2, białych ciałek 6.400. Na preparacie barwionym: limfocytów 32%, Eozynoch. 1%, Monoc. 4%, obojętn. 2%, Pętlow. 4%, Segm. 57%, Neutroph. 63%.

Na podstawie powyższego ustalono rozpoznanie *„ectasia ventriculi ex ulcere cicatric. pylori, condensatio apicis dextri, thyreotoxicosis levi. gradus"* i zalecono chorej zabieg operacyjny, mający za zadanie przywrócenie drożności w przewodzie pokarmowym.

20 maja w uśpieniu morfinowo-eterowem (prof. Radliński) cięciem w linji środkowej otwarto jamę brzuszną. Po obejrzeniu żołądka i dwunastnicy stwierdzono, że w miejscu ich połączenia wyczuwa się zgrubienia zacieśniające światło odźwiernika. Następnie oglądając jelita cienkie stwierdzono, że część ich zgrubiałych ścian pokryta jest na znacznej przestrzeni pęcherzykami powietrznemi. Wobec tego całą powyższą część jelita cienkiego (2.2 m.) podwiązano, dochodząc prawie do kątnicy i wycięto. Między pozostałemi odcinkami jelita cienkiego założono zespolenie koniec do końca. Następnie by ominąć zwężenie odźwiernika wykonano przetokę żołądkowo-jelitową. Ranę w powłokach zaszyto warstwowo, na głucho. Chora podczas zabiegu przebyła zapaść z sinicą, która minęła pod wpływem kamfory i soli fizjologicznej, podanej podskórnie.

21. maja stan chorej niezły, tętno 160, podano dożylnie cukier z digifoliną, kamforę co 2 godziny, sól fizjologiczną podskórnie 500 cm³, kroplówkę do odbytnicy.

22. maja stan chorej lepszy, ciepłota 38.2, tętno 120, te same leki.

23. maja stan chorej lepszy, gazy odeszły, tętno 116, kroplówkę i kamforę pozostawiono.

24. maja chora skarży się na kaszel i kłucie w piersiach. Stwierdzono rzężenie i świsty w obu górnych płatach płuc, zalecono bańki, dalej kamforę.

26. maja stan chorej lepszy, kaszel lżejszy, tętno 96, samopoczucie dobre. Lewatywa wywołała stolec.

29. maja stan chorej stale się poprawia. Ciepłota powoli się obniża. Zdjęto klamerki, rana zagojona, pozostał jeszcze kaszel i trudność w odpluwaniu. Stolce wolne codziennie.

2. czerwca stan chorej dobry, ciepłota spadła do normy.

7. czerwca chora wypisana bez dolegliwości w jamie brzusznej.

Wycięty kawał jelita długości 2 metrów 20 cm odesłano do zbadania anatomo-patologicznego. Odpowiedź brzmi: (Dr. Siedlecka). W skrawkach nadesłanego jelita widzimy drobnowidzowo: 1. błonę śluzową jelita cienkiego niezmienioną. 2. błonę podśluzową, szeroką, w której dużo ognisk ziarniny, 3. błonę mięsną dość grubą, pozatem niezmienioną, 4. błonę podsurowiczą szeroką (1½ raza szerszą od pozostałych warstw), znajdujemy w niej mniejsze i większe okrągłe, puste przestrzenie. Niektóre z nich posiadają wyściółkę z płaskich bardzo długich komórek, inne z komórek olbrzymich (bez jakiegoś określonego typu). Pomiędzy temi pustemi przestrzeniami widzimy ziarninę, w której rozmieszczone gdzieniegdzie okrągławe skupienia komórek olbrzymich o typie nieco zbliżonym do komórek olbrzymich ciał obcych. Rozpoznajemy: *pneumatosis intestini.*

Jeżeli, przeglądając odnośną literaturę, zechcemy wymienić teorję powstawania pęcherzyc to powiemy, że z pośród wielu wyróżniają się dwie: 1.mechaniczna, według kórej gaz ma się przedostawać ze strony światła jelit i 2. drobnoustrojowa, według której powstanie gazów zależy od przeniknięcia do tkanek drobnoustrojów zdolnych do wytwarzania gazów. Do zwolenników teorji pierwszej należy prof. Ciechanowski, do drugiej drobnoustrojowej należy Janusz, Nowicki. Natomiast francuski anatom Masson wypowiada się za chemicznem pochodzeniem odmy.

Nie mogąc znaleźć pewnego momentu etjologicznego dla naszego przypadku, musimy tylko zakomunikować, że nie znaleźliśmy glist w wyciętej części jelita, których obecność stwierdzono w innych przypadkach tego schorzenia. Nie jest wykluczonem, że mogły się znajdować w innych częściach przewodu pokarmowego. Z chirurgów polskich Goldstein opisał podobny przypadek, operowany z dobrym wynikiem *).

*) Literatura odnośna podana jest w pracy Janusza Pol. Gaz. Lek. T. V. Nr. 27 1926.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Wład. CIEPIELOWSKI. Lwów.

Dane statystyczne z Lwowskiego Ambulatorjum Ftizjologicznego (Poradnia i przychodnia przeciwgruźlicza Twa Walki z Gruźlicą) za lata 1925 i 1926.

(Kierownik: Dr. med. Lesław Węgrzynowski).

Chcąc krytycznie objąć i ocenić wyniki pracy, jakie przychodnia Towarzystwa osiągnęła w ostatnich latach, opracowałem statystykę, obejmującą wszystkich chorych, leczonych w tut. przychodni. Rzecz naturalna, statystyka powyższa nie jest wykładnikiem pracy, poświęconej walce z gruźlicą we Lwowie, gdyż poza przychodnią Tow. Walki z Gruźlicą istnieje przychodnia żydowska, kliniczne i t. d., a chorzy leczeni u nas są zaledwie częścią, wprawdzie pokaźną, a jednak tylko częścią ze statystyki ogólno-lwowskiej.

Do przedstawienia obrazowego rozwoju przychodni postanowiłem trzymać się schematu statystyki tutejszej przychodni i poradni za rok 1924 opracowanej w zeszycie 5-tym „Gruźlicy" przez Kuhla, a odbiegłem jedynie od dawnej klasyfikacji według Turbana, zachowując uproszczony podział S. Sterlinga.

Poradnia, która przyjmowała przeciętnie w roku przez 268 dni, udzieliła 14921 porad. a do zbadania sprowadziła w dwu latach 586 chorych, względnie zagrożonych.

Poniżej podane tabele statystyczne wykazują, że procentowo znacznie mniej dzieci w latach od 1—3 zgłosiło się do poradni jak w dawnych latach, tłumaczy się jednak ten objaw tem, że w mieście Lwowie powstała przychodnia szkolna wyłącznie dla dzieci, i stąd nastąpiło odciążenie naszej poradni. Co się tyczy dzieci starszych widać, że częściej scrofulozę spotykano, a i procentowo poważniejsze zmiany w samych płucach.

Rok 1925.

Wiek	badanych	Pht. incipiens	Pht. declarata	Pht. consumptiva	Serophulosis	Inne choroby
1 — 3	21	1	—	—	2	19
3 — 10	97	8	3	—	12	74
10 — 20	375	87	72	14	30	172
20 — 30	498	92	84	74	8	234
30 — 40	256	44	71	41	2	96
40 — 50	140	39	31	40	—	30
50 — 60	61	1	14	8	—	38
60 — 70	21	—	5	—	—	16
pon ad 70	4	—	—	—	—	4

Rok 1926.

Wiek	badanych	Pht. incipiens	Pht. declarata	Pht. consumptiva	Serophulosis	Inne choroby
1 — 3	50	8	1	—	5	36
3 — 10	253	67	12	1	24	151
10 — 15	202	73	18	3	31	77
15 — 20	367	97	91	32	4	149
20 — 30	879	172	201	158	3	346
30 — 40	502	81	123	118	4	176
40 — 50	255	61	47	72	—	85
50 — 60	127	4	23	13	—	87
60 — 70	55	—	8	—	—	47
70 — 80	14	—	—	—	—	14

ZESTAWIENIE CYFROWE LWOWSKIEGO AMBULATORJUM FTIZJOLOGICZNEGO ZA ROK 1925.

Ogólna suma chorych	1474	
Ilość chorych	nowi 1328	starz. 152
Płeć	męs. 705	żeńsk. 769
Wyznanie	chrz. 1331	mojż. 145
Czas leczenia w przeciągu I. kwartału	997	
II. kwartał	193	
III. kwartał	81	
IV. kwartał	69	
Czas leczenia dłużej niż rok	134	
Wiek — 1 rok	1	
„ 1—10 lat	118	
„ 10—15 „	204	
„ 15—20 „	171	
„ 20—30 „	498	
„ 30—40 „	256	
„ 40—50 „	140	
„ 50—60 „	61	
„ 60—70 „	21	
„ 70—80 „	4	

Chorzy zam. we Lwowie	1170	
Chorzy bez adresu	11	
Chorzy poza Lwowem	293	
Chorzy należący do Lwow. Kasy chorych	człon. 342	ucz. 125
Chorzy należący do powiat. kas chorych	37	7
Chorzy należący do Okręg. Związku kas chorych	9	2
Chorzy leczący się na koszt Uniwersytetu	40	
Chorzy leczący się na koszt Magistratu	4	
Chorzy leczący się na koszt T-wa św. Winc. á Paulo	6	
Chorzy leczący się na koszt Pow. Kasy Chor. Drohob.	4	
Chorzy leczący się pryw.	898	
Rzemieślnicy	sami 233	ich rodz 93
Robotnicy	73	41
Służba	119	66
Urzędnicy	89	64
Nauczyciele	48	9
Wolne zawody	109	67
Uczniowie	238	
Studenci	52	

Chorzy bez zajęcia	138	
Inwalidzi	2	
Ilość udzielonych porad	now. 4032	star. 989
Gruźlica płuc niebezpieczna dla otoczenia	326	
Gruźlica płuc zamknięta	643	
Nie gruźlica	341	
Gruźlica kości	20	
„ gardła	33	
„ gruczołów	103	
„ skóry	1	
Ilość pacjentów z odmą sztuczną	30	
Ilość pacjentów z phroenicot	6	
Ilość zmarłych	24	
„ chorych wysłanych	30	
„ zrobionych wywiadów	1414	
„ wyw. ur. zmarł.	122	
„ zabiegów	12112	
„ dni leczon. w Hołosku	7305	
„ chorych w Hołosku	233	

ZESTAWIENIE CYFROWE AMBULATORJUM TOWARZYSTWA WALKI Z GRUŹLICĄ ZA ROK 1926.

Ogólna suma chorych	2704	
Ilość chorych	nowi 2383	starz. 321
Płeć	męsk. 1218	żeńsk. 1486
Wyznanie	chrz. 2282	mojż. 422
Wiek do 1 roku życia	20	
„ „ 10 „ „	283	
„ „ 15 „ „	202	
„ „ 20 „ „	367	
„ „ 30 „ „	879	
„ „ 40 „ „	502	
„ „ 50 „ „	255	
„ „ 60 „ „	127	
„ „ 70 „ „	55	
ponad 70 „ „	14	
Chorzy zamiesz. we Lwowie	1858	
Chorzy zamieszkali poza Lwowem	812	
Chorzy bez adresu	34	
Urzędnicy i nauczyciele	sami 169	ich rodz. 223
Robotnicy	161	157
Rzemieślnicy	379	361
Rolnicy	88	106
Służba	178	229

Wolne zawody	sami 113	ich rodz. 102
Drobny przemysł	94	112
Emeryci	13	41
Inwalidzi	3	2
Studenci	52	
Bez zajęcia	121	
Leczących się prywatnie	1964	
Kasa Chorych M. Lwowa	człon. 397	ucz. 178
Powiatowa Kasa Chorych Lwów	67	16
Okręg. Związek Kas Chorych Lwów	27	1
Województwo	—	1
Magistrat	22	
Starostwo	1	
Na koszt Uniwersytetu	17	
Powiatowa Kasa Chorych Drohobycz	7	
Towarzystwo św. Wincentego á Paulo	6	
Gruźlica płuc otwarta	497	
Gruźlica płuc otwarta z gruźlicą gardła	45	
Gruźlica płuc zamknięta	925	
Gruźlica płuc zamknięta z gruźlicą gruczołów	7	
Gruźlica gruczołów	114	
Gruźlica kości	23	

Gruźlica skóry	6
Inne postaci gruźlicy	9
Nie gruźlica	1079
Chorych z odmą sztuczną	60
Chorych z odmą frenikotomją	5
Chorych odesłanych do szpitala	88
Chorych odesłanych do szpitala SS. Miłosierdzia	34
Udzielono porad	8921
W tem porad laryngolog.	834
W tem porad pedjatr.	578
Ilość dni przyjęć	268
Ogólna liczba wywiadów	1671
Z tego za miastem	219
Chorych sprowadzonych przez wywiadowczynie	389
Ogólna liczba zmarłych we Lwowie	747
Z tego zarejestrowanych w poradni	80
Ilość zabiegów	5804
W tem odm	302
Ilość chorych leczonych w Sanat. w Hołosku	211
Przez dni	11490

Najwyższa cyfra zachorowań na gruźlicę przypada na wiek między 20—30 rokiem.

W $^{1}/_{3}$ przypadków rozpoznanej gruźlicy znaleziono prątki w plwocinie, — statystycznie rzecz ciekawa, bo rzadka.

Na czele powikłań gruźliczych należy postawić gruźlicę gardła, gdyż w 1926 r. (o tem teraz mówić będę), 45 przypadków. Porównując powyższą cyfrę z liczbą rozpoznanej gruźlicy płuc 1491 jest to cyfra na szczęście niezmiernie mała, boć niektóre statystyki spotykają gruźlicę gardła jako powikłanie gruźlicy płuc, — a jest ona zawsze prawie powikłaniem, nie pierwotnem cierpieniem, w procentach bardzo wysokich, bo od 13% nawet ponad 50%.

Na drugiem miejscu, jako powikłanie stoi gruźlica jelit 31, — kości 23, — skóry 16, — absces płuc 4, gruźlica nerek 3 i t. d.

W całem mieście zarejestrowano 747 wypadków śmierci na gruźlicę. Ponieważ z tych przypadków 80 było badanych i leczonych w naszej poradni — można więc wnosić, że $^{1}/_{9}$ część ludności chorej na gruźlicę podlega opiece i rejestracji przychodni.

Chorych ze sztuczną odmą leczono 60, frenikotomją 5-ciu.

Rozpatrując na naszym materjale procentową ilość zachorowań wedle klas społecznych rzuca się w oczy największa ilość zachorowań wśród rzemieślników, jak krawcy, szewcy. Tu należą również zecerzy, robotnicy przy przemyśle chemicznym i t. d. *).

Jak wnosić można z powyższej statystyki, dalecy jesteśmy od podciągnięcia pod naszą opiekę wszystkich chorych gruźliczych, sama idea jednak walki z gruźlicą coraz więcej przenika do społeczeństwa, coraz więcej ludzi zgłasza się do kontroli, czy szuka porady — coraz więcej chorych uznaje zlecenie lekarza czy poradniarki, a gdybyśmy nadal tym krokiem szli naprzód, moglibyśmy niedługo objąć nie $^{1}/_{9}$ część ludności chorej, lecz odwrotnie $^{9}/_{10}$. I niewątpliwie, wnioskując ze zachowania się tak samych chorych, jak i ich otoczenia, do powyższej cyfry dojdziemy. Zdarzają się zarzuty, że w liczbie chorych, przychodzących do kontroli znajduje się duża ilość hipochondryków, w których propaganda przeciwgruźlicza wyrabia urojenia chorobowe. Niewątpliwie i tak jest, jednak powyżsi chorzy po badaniu wychodzą promieniejący i zadowoleni, że na gruźlicę nie cierpią, a nie przychodzi im na myśl drugi raz niedowierzać.

*) Uderza również duża ilość zachorowań śród urzędników, zwłaszcza jeżeli się zwarzy, że znaczna ilość inteligencji urzędniczej leczy się w przychodni województwa.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Od Prof. Dr. T. Browicza otrzymujemy następujące notatki słownikowe:

Alveolite (fr.) — pęcherzykowica, zamiast, zapalenie pęcherzyka płucnego.

Atrophia flava hepatis acuta v. chronica — wiąd wątroby rozpadowy, ostry lub powolny, dorzutny (nie zanik ostry o długim przebiegu).

Corpus ciliare — rzęskówka.

Cyclolysis — oddzielenie rzęskówki.

Depigmentatio — odbarwikowienie,

Hematogenes — odkrewny, krwiopochodny.

Heredolues — kiła odziedziczona, (nie dziedziczna).

Kolposcopia — wziernikowania, badanie pochwy.

Lobulite (fr.) — zrazikowica, zamiast: zapalenie zrazika.

Megaloencephalie (fr.) — wielkomóżdże.

Mucositis — śluzówczyca, zamiast: zapalenie śluzówki.

Prophase — okres wstępny.

Protoplasma — tworzyna (zaródź, pierwoszcze). Miano protoplasma używane bywa niewłaściwie w znaczeniu parenchyma, miąższ.

Reizverzug — zadrażnienie opóźnione.

Schleimhautrelief — płaskorzeźba śluzówki.

Synovectomia — wycięcie maziówki, wymaziówczenie.

Zellprotoplasma — miąższ komórki (jądrowy, i obok, pozajądrowy).

OCENY.

M. Jacot: *Glycogéne, Adrénaline et Insuline.* Masson et Cie. Editeurs. Paris. 1926.

Autor zajmuje się od szeregu lat zbadaniem wpływu adrenaliny na glikozurję. Dzieło niniejsze przedstawia wyniki żmudnych badań autora i obejmuje trzy działy: glikogen, mechanizm glikozurji adrenalinowej i wreszcie funkcje glikogenu, adrenaliny i insuliny. Krótkie streszczenie nadmiernej ilości faktów i doświadczeń, niesłychanie pomysłowych obrazów szematycznych, nowych teorji, jest rzeczą niemożliwą; najciekawszą jest część trzecia, streszczająca badanie autora nad wpływem insuliny na glikogen, w szczególności na działanie kłaczkujące. Światowe piśmiennictwo uwzględnia autor w całej rozciągłości; klinicystom zajmującym się szczegółowemi temi zagadnieniami, można gorąco zalecić pracę Jacota.

Pisek (Lwów).

H. Heidler i B. Steinhart: *O ręcznem wydobyciu łożyska.* (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin) Lipsk — C. Kabitzsch 1927 — str. 74.

W pracy niniejszej opracowali autorowie z nadzwyczajną sumiennością i głęboką znajomością rzeczy, statystykę 1000 przypadków ręcznego wydobycia łożyska wykonanych w 20 latach w II Klinice wiedeńskiej. Oświetlając zebrany materjał z rozmaitych punktów widzenia i poddając krytyce postępowanie w poszczególnych grupach przypadków, udowadniają autorowie, że ręczne wydobycie łożyska żadną miarą nie należy uważać za najniebezpieczniejszą z operacji położniczych. Główne niebezpieczeństwo tej operacji tkwi w powikłaniach wynikłych z błędów aseptyki, z niewłaściwej techniki, ze zbyt późnego wykonania operacji lub też z powikłań wynikłych z wykonania innych ciężkich operacji położniczych. Przytaczając osiemdziesiątkilka ciekawszych przypadków, omawiają autorowie w sposób nader dydaktyczny, jak ustrzec rodzące przed powikłaniami połączonemi z ręcznem wydobyciem łożyska.

Praca ze wszech miar ciekawa i godna poznania zwłaszcza przez specjalistów ginekologów.

J. Krzyżanowski, (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Medycyna praktyczna, rok I, zeszyt 7—9 z r. 1927: J. Śniegowski: O rozpoznaniu i leczeniu rzeżączki. — J. Janowicz: Podstawy nowoczesnego lecznictwa, według systemu Dra Jana Żniniewicza. — K. Bross i K. Węckowski: Przypadek przerzutów raka sutka do płuc i opłucnej, leczony radem. — W. Jezierski: Trudności w przebiegu porodu przy przegrodzie w ujściu zewnętrznem macicy.

Polski przegląd chirurgiczny, tom VI, zeszyt 2 z r. 1927: A. Janik: O częściowem i całkowitem wycięciu łopatki z utrzymaniem względnie z równoczesnem wyłuszczeniem ramienia. — L. Tonenberg: O zaszywaniu doszczętnem powłok brzusznych w ropnem zapaleniu otrzewnej. — Z. Dziembowski: Kamica żółciowa w wieku dziecięcym. — M. Trawiński: Przypadek skrętu jelit wskutek obecności uchyłka wrodzonego z trzustką dodatkową. — L. Błażek: Przypadek skrętu sieci większej. — J. M. Biské: Przypadek zwichnięcia kości łonowych. — A. Gruca: W sprawie leczenia operacyjnego porażeń stopy „Myorisis" i „Uczynniona tenodeza" Haglunda. — A. Gruca: O pokrywaniu dużych ubytków po odjęciu sutka sposobem „amortyzacyjnym". — Br. Szerszyński: Znaczenie warstw przyrostowych otrzewnej w chirurgji brzusznej. — Zestawienia poglądowe: A. Landau i M. Fejgin: Stany żółtaczkowe, ich patogeneza i mechanizm. — J. Szper: Stany żółtaczkowe a chirurgja.

Polski przegląd radjologiczny, tom II, zeszyt 2 z r. 1927: Z. Grudziński: O nietypowych postaciach achondroplazji. — N. Mesz: Kurcz całkowity żołądka. — H. Adelfang: Trzy przypadki schorzenia Kienboecka. — B. Grynkraut: Niezwykły przypadek wady rozwojowej kciuka. — E. Głowacki: Celownik ortodiagraficzny. — A. Kruze: Rozwój aparatu rentgenowskiego.

Przyroda i technika, rok VI, zeszyt 8, z października 1927: A. Zakrzewski: O wściekliźnie. — A. Karpowicz: Promienie dodatnie i ich zastosowanie. — R. D.: Mikroskop w nauce szkolnej.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok II, zeszyt 11 z 1 listopada 1927: B. Ziemięcki: Tendencje rozwojowe ubezpieczenia na wypadek choroby. — G. C. Emeryci państwowi w służbie Kas chorych. — Aktuarjusz: Główne zasady ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. — B. Nowakowski: Rozporządzenie o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu. — A. Krieger: Międzynarodowy Zjazd Kas chorych.

Opieka nad dzieckiem, r. V. Nr. 5 za wrzesień i październik 1927 r.: St. Posner: W sprawie sądów dla nieletnich. — M. Gromski: Sprawa dziecka nieślubnego w związku z zadaniem opieki społecznej. — A. Nowiński: Czynnik psychiczny w rozwoju niemowląt. — K. Kornilowicz: Wczasy młodzieży pracującej. — J. Krasucka-Bużycka: W sprawie poradnictwa zawodowego. — A. Klęsk: Opieka nad dzieckiem upośledzonem. Dziecko kaleka.

Wiadomości farmaceutyczne — rok LIV, nr. 44, z 30 października 1927: M. Proner i Fr. Staliński: O siarce koloidalnej i jej preparatach. — L. Kostrzeński: Zarys historyczny rozwoju aptekarstwa (c. d.). — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Zdrowie, rok XLII, nr. 11, za listopad 1927: J. Polak: Od redakcji. — M. Spiss: Najważniejsze gazy przemysłowe, ich znaczenie higjeniczne i najprostsze metody badania. — S. Mikołajski: Zwalczanie chronicznych chorób zakaźnych. — Dział sprawozdawczy.

Higjena życia codziennego, rok II, nr. 10, z 15 października 1927: Szkody wynikające z głodu mieszkaniowego i higjena mieszkań (dok.). — Choroby nerwowe a wychowanie. — O tranie. — Opieka nad własnym ustrojem. — Czem jest alkohol dla organizmu. — Ćwiczenia gimnastyczne z dziećmi.

Dziecko i matka, rok II, nr. 19 z r. 1927: M. Czeska-Mączyńska: Uświadomienie Maryjki. — K. Ostachiewiczowa: Kult książki. — Z. Z. Wpływ kar cielesnych na charakter dziecka. — Fr. Ks. Cieszyński: Spacer. — B. Piechowski: Odżywianie dziecka w drugim roku życia. — S. Kramsztyk: Chore dziecko i jego matka.

Ginekologja Polska, tom VI, zeszyt VII—IX, za lipiec-wrzesień 1927: Zeszyt poświęcony jubileuszowi dwudziestolecia objęcia kliniki położnictwa i ginekologji Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Prof. Dr. Aleksandra Rosnera. — J. Olbrycht: Niezwykły kształt błony dziewiczej. Hymen bilamellatus. — J. Zubrzycki: Moczowód, a rozszerzony zabieg brzuszny przy raku szyi macicy. — J. Szymanowicz: Angioma capillare placentae. — T. Keller: O normalnej i patologicznej czynności nabłonka rozrodczego w jajniku dojrzałym. — B. Pogonowski: O radykalnym postępowaniu przy zaśniadzie groniastym. — T. Pisarski: Leczenie wyrośli polipowatych, usadowionych na fałdzie przejściowym pęcherza moczowego (Cystitis colli vesicae proliferans s. vegetativa). — R. Goldblattówna: Przyczynek do kazuistyki włókniako-mięsaka sromu w ciąży. — S. Cikowski: Aneuryma aortae abdominalis in puerperio. — B. Stępowski: Objaw Cullena w ciąży pozamacicznej. — A. Czyżewicz: Mechanizm porodu główki przodującej, jako podstawa operacji kleszczowej. — K. Bocheński: Uwagi i spostrzeżenia w sprawie leczenia raka szyjki macicy energją promieniotwórczą. — E. Meisels: Podstawy kliniczne i biologiczne leczenia raka szyjki macicy energją promieniotwórczą. — J. Lenczowski: Uwagi w sprawie rokowania w raku szyjki macicy na podstawie badań drobnowidowych. — Z. Rychłowski: Obraz mikroskopowy pęcherza moczowego w przypadkach raka szyjki macicy. — A. Garbień: Kilka dat statystycznych raka narządu rodnego kobiecego, opartych na materjale kliniki ginekologicznej U. J. K. za okres 1899—1927. — S. Liebhart: Przypadek pierwotnego mięsaka barwnikowego pochwy. — J. Lenczowski: Przypadek przenoszonej ciąży bliźniaczej w szczątkowym rogu macicy dwurożnej jednoszyjnej. — W. Jakowicki: Przetoki sklepieniowo-szyjkowe (Fistulae laqueaticae). — W. Zaleski: W sprawie adenomyosis retrocervicalis. — Eiger, F. Grossman i E. Klemczyński: Badania interferometryczne krwi w zastosowaniu do rozpoznawania ciąży i raka macicy. — J. Kraśniewicz-Ryll-Nardzewska: Glista w ropniu, łączącym światło jajowodu ze ścianą esicy. — J. Pióro: Przypadek wynicowania macicy w III. okresie porodu. — Z. Tyszkówna: Mięśniaki macicy a konstytucja płciowa. — W. Wysocki: W sprawie rozpoznawania ciąży sposobem Diensta i Vogla. — Schilling-Siengalewicz: Niektóre nowsze poglądy na istotę nowotworów. — T. Żuralski: Rozpoznanie kiły wrodzonej u noworodka podczas porodu. — Z. Żuralski: Kwestja zapłodnienia i zastąpienia dodatkowego u człowieka. — J. Bajoński: Wytrzebienie czasowe a niedokrwistość zbliżona do niedokrwistości Biermer'a (Anaemia autotoxica perniciosiformis). — E. Stoeckl: Sklerodaktylja i ciąża. — Z. Monsiorski: Zagadnienia doby obecnej w dziedzinie mięśniaków macicy. — H. Beck: Oddziaływanie krwi (Ph) w rzucawce porodowej. — H. Gromadzki: Z kazuistyki złośliwych nabłoniaków kosmówkowych (chorionepithelioma malignum). — H. Loebel: Obustronna, równoczesna ciąża pozamaciczna.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften (Monachium, J. F. Lehmann). 1927. Zesz. 10. — 1) Prof. Sachs: Antygeny i niweczniki. — 2) Prof. Friedemann: Postępy zapobiegania zarazom. — 3) Prof. Kraus: Doświadczalne podstawy zapobiegania i seroterapji zapalenia przednich rogów rdzenia.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstetrique.

Rok 1927. Nr. 1.

F. Jayle: *Solénome (adenomysosis) jamy brzusznej kobiety.*

Autor od 25 lat zajmuje się specjalnie sprawą powstawania t. zw. heteropowego bujania błony śluzowej poza narządem rodnym. W Rev. Franç. de Gynéc. rok 1926 Nr. 1 omawia etjologję i klinikę tego schorzenia, obecnie zajmuje się tylko anatomją patologiczną.

Podstawowymi składnikami tych tworów są: nabłonek cylyndryczny gruczołowy, tkanka mięsna, tkanka włóknista. Nabłonek przybiera najrozmaitsze kształty i tworzy nierzadko torbiele wielokomorowe. Włókna mięsne nadają guzom pewien kształt. Niekiedy brak ich zupełnie, lub też dadzą się wykazać pod drobnowidem n. p. w jajniku, w pochwie. Postacie guzów bywają najrozmaitsze — zależy to od miejsca usadowienia się nabłonka i sposobu rozrostu.

Wszyscy autorowie zgodnie podnoszą, że nabłonek gruczołowy jest najistotniejszą cechą tych tworów. Dookoła nabłonka znajdujemy bardzo często lecz nie zawsze komórki łącznotkankowe t. zw. cytogenne. Są to komórki o dużych jądrach dobrze się barwiących z małą ilością protoplazmy. Niezależnie od miejsca usadowienia się tych tworów występuje w nich w czasie ciąży wyraźna reakcja doczesnowa. Anatomo-patolog stwierdza w nich nierzadko ślady przebytego zapalenia. Robert Meyer przypisuje zapaleniu decydującą rolę. Na drugim miejscu stawia wpływ jajnika. Nabłonek jego zdaniem znajduje się pod przemożnym wpływem jajnika, miesiączka jest procesem nienaturalnym, jest to powtarzające się regularnie poronienie jaja niezapłodnionego. Ciągłe zmiany w błonie śluzowej tudzież bodźce z jajnika kumulują się mniejwięcej około 30—35 roku życia kobiety. Powstaje przerost gruczołów śluzówki i wnikanie jej w warstwy mięsne. Autor nie podziela tego stanowiska. Uważa miesiączkę i za zjawisko fizjologiczne. Nieliczne przypadki tych tworów również nie potwierdzają słuszności wywodów R. M.

Nie można się również pogodzić z R. M. co do wieku i kumulacji podrażnień, gdyż znane są przypadki *adenomyosis* u osób młodych.

Przeciwnicy teorji zapalnej twierdzą, że ślady stwierdzonego tu i ówdzie zapalenia świadczą o zapaleniu wtórnem.

Twierdzenie jakoby twory te powstały z przewodów Müllera i ciał Wolfa mające swe źródło w podobieństwie, jakie istnieją w budowie histologicznej, nie znajduje dziś zwolenników. Teorja o powstawaniu *adenomyosis* z otrzewnej nie posiada zdaniem autora dowodów histologicznych. Teorja transplantacyjna Sampsona nie jest również ugruntowana, gdyż nikt dotychczas nie dowiódł, że błona śluzowa przedostaje się w czasie menstruacji przez jajowody do jamy brzusznej i zaszczepia się samoistnie na otrzewnej lub jajniku.

Autor zastanawia się nad zasadniczem pytaniem, czy nabłonek, który stwierdzamy w guzach, jest pochodzenia macicznego? Na pytanie to nie znajduje odpowiedzi. Komórki są zmienne. Pod wpływem różnych bodźców nabłonek płaski może się stać cylindrycznym, podobnym do błony śluzowej macicy, również inne komórki mogą się upodabniać do różnych tkanek. Eksperymentalnie uzyskano z tkanki łącznej tkankę śródbłonkową.

Teorji Sampsona przypisuje autor wielką rolę. Uważa ją za prawdopodobną dla pewnych przypadków. Twierdzi, że organizm, szczególnie jama brzuszna może być dosłownie usiana elementami błony śluzowej gruczołowej, tworząc i jak autor to określa *Uterus in toto ventre.*

Sprawa ta ogromnie ciekawa z punktu widzenia teoretycznego, stanowi otwarty rozdział w ginekologji współczesnej i wymaga dalszych studjów.

Rok 1927. Nr. 2.

J. L. Wodon: *Leczenie rzucawki porodowej siarczanem magnezu.*

Autor porównuje ze sobą na podstawie statystyk dwa kierunki w leczeniu rzucawki — kierunek czynny i zachowawczy. W klinice John Hopkins Hospital na 110 przypadków postępowania czynnego śmiertelność matek wynosiła 22,7% — płodów 57,6%. Na 137 przypadków leczonych wyczekująco śmiertelność matek 13% — płodów 58,7%. Powołuje się przytem na statystyki innych autorów, z których wynika, że postępowanie wyczekujące jest dla matek korzystniejsze. Środki narkotyczne: morfina i chloral stosowane powszechnie mają na celu zwalczanie drgawek — leczą zatem objawowo. Idąc za radą innych stosuje w przypadkach rzucawki siarczan magnezu z pominięciem zupełnem dotychczas używanych narkotyków. Podaje ten środek śródmięśniowo. Można stosować 10—50% rozczyn. Jednorazowo wstrzykuje rozczyn zawierający od 3—5 gramów siarczanu. Bez obawy podawano w ciągu 12 godzin 100 cm³ 25% roztworu. Nadmiar soli magnezu poraża ośrodek oddechowy zatem należy mieć pod ręką *calc. chlorat.*, gdyż działa on antagonistycznie. Siarczan magnezu działa porażająco na układ środkowy i obwodowy — powoduje niedowład mięśni gładkich za wyjątkiem mięśnia macicy. Nie wywiera ujemnego działania ani na tętno, ani na ciśnienie krwi. Posiada ponadto własności moczopędne. Działanie farmakodynamiczne tego środka tłumaczy autor w ten sposób: Jon Mg. zamienia Jon Ca — wstrzykując sole magnezu uwalniamy swobodne jony Ca. Niektórzy klinicyści doszukują się przyczyny rzucawki w hypocalcemji, zatem leczenie powyższe zdaniem autora byłoby leczeniem przyczynowym. Jest to hipoteza, która wymaga dowodów.

R. Beckers: *Przewlekłe schorzenia nerek a ciąża.*

Autor omawia przyczyny tego schorzenia, wpływ na ciążę, oraz leczenie. Nie podaje nic nowego; radzi badać mocz ciężarnych co tygodnia, poleca również badanie dna oka, gdyż często zmiany na dnie oka występują wcześniej, aniżeli inne objawy kliniczne.

Mówiąc o leczeniu, poleca w przypadkach chloruremji dietę bezsolną, mleczną. W przypadkach azotemji dietę wodną, owoce, środki przeczyszczające. W przypadkach wzmożonego ciśnienia krwi upusty krwi do 500 cm³.

P. Balard: *Przypadek spazmu naczyniowego sympatykotonicznego w czasie połogu u kobiety z żylakami na kończynach dolnych.*

A. Grosse: *Uwięzgnięcie macicy ciężarnej (przypadek kazuistyczny).*

J. Brahic i L. Gayraud: *Zwężenie zastawki dwudzielnej i ciąża.* *St. M.* (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Zentralblat für Gynäkologie.

Nr. 36 — 1927 r.

H. Katz (Wiedeń — I. Klinika poł.): *W sprawie wpływu ciąży na wzrost raka macicy.* Wpływ ciąży na raka macicy nie da się jasno sprecyzować. Wielu autorów z Zweiflem na czele jest zdania, że ciąża nie ma wpływu na rozwój raka macicy w kierunku pobudzającym, lecz przeciwnie wzrost nowotworu może ulec zahamowaniu pod wpływem ciąży. Ilustruje to następujący przypadek: U kobiety 31-letniej, wieloródki stwierdzono drobnowidowo płaskokomórkowego raka na przedniej wardze części pochwowej. W 10 miesięcy później pacjentka zgłosiła się po raz wtóry z poronieniem w toku IV m. ciąży. Obraz kliniczny raka pozostał bez żadnych zmian. Tak jak przy pierwszem badaniu rak ograniczał się do wargi przedniej, przymacicza były wolne, o czem świadczy możność całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, które wykonano. Pacjentka jest już 3 lata po operacji i ma się dobrze. Autor stwierdza, że w jednych przypadkach ciąża powoduje szybszy wzrost raka, w innych pozostaje bez wpływu albo też wstrzymuje wzrost.

A. Kienlin (Hamburg-Eppendorf Klinika Uniwersytecka): *O zawartości kwasu mlekowego we krwi w okresie karmienia.* Wyniki badań co do zawartości kwasu mlekowego we krwi w okresie karmienia, różnią się znacznie u różnych autorów. Według autora w ciąży, w przypadkach nerki ciążowej i w stanach praeeklamptycznych niema zwiększenia się ilości kwasu mlekowego we krwi. W przypadkach silnych bólów porodowych i po atakach rzucawki jest zwiększona ilość kwasu mlekowego we krwi, co należy uważać za skutek zwiększonej pracy mięśniowej i stanów *dyspnoe.* Autor więc nie podziela zdania Zweifla, że wystąpienie rzucawki stoi w związku przyczynowym ze zwiększeniem się kwasu mlekowego we krwi.

Margarete Oing (Marburg-Klin. uniw. Kehrera). *Groźne krwawienie z ciałka żółtego.* Autorka opisuje przypadek następujący:

U kobiety 36-letniej, wieloródki wystąpiły w 10 dni po ostatniej nieco spóźnionej menstruacji objawy krwotoku w jamie brzusznej. Z rozpoznaniem: pęknięta ciąża zewnątzmaciczna przystąpiono do operacji. Stwierdzono po stronie lewej trąbkę prawidłową, w jajniku lewym zaś stwierdzono cystę wielkości śliwki pękniętą wypełnioną skrzepami, krwawiącą. W jamie brzusznej płynna krew. Wykonano wycięcie lewych przydatków. Drobnowidowo stwierdzono zupełny brak śladów jaja płodowego, ściany zaś cysty wykazywały budowę ścian ciałka żółtego.

A. F. Slatmann (Kijów — Klinika ginekologiczna): *Przypadek troficznego obrzęku chronicznego twarzy i jego związek z miesiączką. (Trophoedema chronicum faciei).* Autor opisuje przypadek dotyczący osoby 26-letniej, u której w 21 roku życia wystąpił, bez widocznej przyczyny obrzęk na twarzy, który pogarszał się stale podczas każdej mentruacji, a zmniejszał się stale lub nawet znikał po ustąpieniu tejże. W 22 roku zamążpójście Pierwsze 3 miesiące pożycia małżeńskiego, ciąża i 2½ roku trwający okres karmienia przeszły bez występowania obrzęku. W związku z pierwszą miesiączką po porodzie wystąpił z powrotem silny obrzęk twarzy, który znowu pogarszał się podczas każdej miesiączki. Ponieważ sprawa ta pogarszała się w związku z czynnością jajnika, zdecydowano się na wycięcie jednego jajnika, poczem zastosowano opoterapię. Jednakowoż wszelkie próby leczenia pozostały bez skutku.

K. Blond: *Curetta — naparstek.* Autor podaje swój instrument, który wspomaga palec przy ręcznem wydobyciu resztek po poronieniu. Składa się z naparstka posiadającego z jednej strony wycięcie w które wstawiona jest blaszka wązka jak w zwyczajnej curecie. Naparstek przytrzymuje na palcu drucik zakończony kulką trzymany w dłoni. Instrument ten nie może zastąpić normalnej curetty, ale może oddać cenne usługi tym lekarzom praktykom, którzy zasadniczo opróżniają macicę palcem po poronieniu. (Ilustracje).

P. Beck (Wiedeń): *Ulepszone kleszczyki do metreuryzy.* Autor podaje swoją modyfikację kleszczyków służących do zakładania metreuryntera. (Ilustracje).

J. Krzyżanowski (Lwów).

Nr. 49, r. 1926.

Prof. Dr. Schmidt (Bonn): *Wrzecionowato-komórkowy mięsak cewki.* Mięsaki cewki dzielimy na 2 grupy:

1) mięsaki wychodzące z błony śluzowej względnie podśluzowej

i 2) mięsaki wychodzące z mięśniówki cewki.

Pierwsze rosną do wewnątrz cewki, drugie wchodzą w tkankę łączną dookoła cewki.

Mięsaki z mięśniówki są rzadkie. Dotąd znamy 4 przypadki. Do nich przybywa przypadek niniejszy.

U 60-letniej dobrze odżywionej kobiety wypukla przednią ścianę pochwy guz wielkości jaja gołębiego, który przemieszcza ujście cewki na prawo, zlewając się z częścią jej ściany.

Guz siedzi na szypule. Gruczoły pachwinowe nie są obrzękłe. Guz odcięto paquelinem a gruczoły kilkakrotnie naświetlano. Badanie drobnowidowe wykazuje mięsak wrzecionowato-komórkowy.

G. Kubik (Drezno): *Zdwojenie cewki moczowej.* U 66-letniej kobiety, która raz rodziła prawidłowo, stwierdził autor na przedniej ścanie pochwy otwór prowadzący do kanału komunikującego z pęcherzem moczowym.

Jest to więc druga cewka.

Ciekawą jest rzeczą czy jest to sprawa wrodzona czy nabyta.

Co do etjologji, to mogłaby to być przetoka z pęcherza moczowego do pochwy, po ropieniu, o czem chora nic nie wie.

Ewentualnie mogło nastąpić przebicie ze strony jakiegoś uchyłka pęcherzowego.

Tłumaczenie embrjologiczne jest trudne, bo dotychczas dobrze nie wiemy czy dolna część cewki powstaje z *sinus urogenitalis.*

Jeśli tak, możnaby przypuścić, że opisany kanał był łącznikiem między *sinus urogenitalis* a *alantois* i nie uległ zanikowi.

Dr. Karol Burger (Szeged): *Przypadek wrodzonego zaburzenia narządu moczowego.* Na klinikę przysłano chorą z powodu guza leżącego w prawym podżebrzu, który sprawiał trudności rozpoznawcze.

Autor badaniem zewnętrznem określił ten tumor jako powiększoną nerke. Badanie cystoskopem wykazuje brak lewego ujścia moczowodu, zaś po prawej stronie ujścia dodatkowe oprócz prawidłowego.

Pyelografja wykazuje obecność 2 moczowodów, z których każdy łączy się z miedniczką.

Mamy więc do czynienia z brakiem lewej nerki skompenzowanym przez przerost prawej.

Dr. Breitschneider Lipsk: *Dwa przypadki guzów nerki.* Pierwszy przypadek zgłosił się z powodu krwawego moczu i bólów przy jego oddawaniu. Badanie moczu i cystoskopja pęcherza wskazywały z początku na cystitis, którą leczono.

Za jakiś czas zgłosiła się chora powtórnie z powodu krwi w moczu.

Równocześnie stwierdzono guz w prawym podżebrzu.

Te objawy wskazywały na guz nerkowy. Badanie drugiej nerki wykazało jej zupełną wystarczalność wobec czego wykonano nephrectomję.

Badanie guza wykazało hypernephroma. Druga chora zgłosiła się w kilka lat po operacji ginekologicznej z powodu bólów w lewym podżebrzu.

W moczu niema zmian, również badanie funkcjonalne nie wykazuje ich. Pomimo wszystko autor rozpoznaje tumor nerki.

Chora nie zgadza się na operację. Autor zwraca uwagę na potrzebę dokładnego funkcjonalnego badanie nerek i szybkiej decyzji co do operacji.

Dr. Ernst Kattermann (Mannheim): *Przemieszczenie nerki u osobnika z niedorozwojem narządu rodnego i jego gruźlica.* 22-letnia, źle rozwinięta kobieta zgłosiła się z powodu bólów w lewym podbrzuszu.

Badanie ginekologiczne wykazuje macicę w tyłozgięciu, po prawej stronie tumor odpowiadający przydatkom, po lewej płaski opór siedzący w powłokach.

Rozpoznano guz wychodzący z resztek urachus Laparatomia wykazuje pomyłkę. Guz odpowiada lewej nerce.

Mamy więc do czynienia z dystopia t. z. przemieszczeniem lewej nerki. Z powodu jej prawidłowego wyglądu nie wykonano nephrectomji.

Natomiast macica była umocowana w tyłozgięciu obydwie trąbki zaś zmienione zapalnie. Wykonano amputatio supravaginalis uteri.

Badanie histologiczne wykazało gruźlicę przydatków.

Autor łączy anomalję rozwojową nerki z niedorozwojem genitaliów i całego organizmu.

Na tle tego ogólnego niedorozwoju przyszło do gruźlicy z powodu zmniejszonej odporności.

Otto Brakemann (Monachium): *Przyczynek do metodyki rozpoznawania przetoki moczowodowo-pochwowej.* Jeśli po operacyjnych zabiegach odchodzi mocz przez pochwę a pęcherz nie wykazuje zmian to istnieje przetoka moczowodowo-pochwowa albo moczowodowo-szyjkowa.

Dla rozpoznania tej przetoki można wstrzyknąć wśródmięśniowo indygokarmin, przyczem barwik ten wydziela się nie tylko moczem ale przechodzi do pochwy zabarwiając tampon.

Jeśli jednak ureter ulegnie częściowemu zbliznowaceniu a funkcja jego nerki się pogorszy to barwik może się nie wydzielać.

W tym przypadku autor podaje dobrą metodę, która polega na tem, że się robi pyelografję a płyn kontrastowy dostaje się również do przetoki i czyni ją widoczną.

Dr. Marjan Zając.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 11. maja 1927.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 56.

Prezes Prof. Latkowski zawiadamia o zrzeknięciu się godności członków Delegatów do Związku Lek. Słowiańskich przez Prof. Kostaneckiego i Dra Strzemieńskiego i proponuje wybór nowych delegatów w osobach: Doc. Kostrzewskiego, i Doc. Szymanowicza.

Wyboru dokonano jednomyślnie.

Kol. Michalik przemawia w sprawie zapisywania się do Ligi Obrony powietrznej, poczem Prezes Prof. Latkowski, zachęca gorąco do przystępywania na członków Ligi powietrznej i zawiadamia o Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Warszawie na który członków Towarzystwa zaprasza.

I. Demonstracje.

Kol. Reiner z II. Klin. wewn. U. J. przedstawia chorą z *myelosis aleukaemica acuta* i podkreśla, że w tym wypadku rozpoznanie kliniczne dość długo wahało się, ze względu na towarzyszące objawy skazy krwotocznej.

W dyskusji Kol. Doc. Tempka stwierdza, że początkowo obserwując wymienioną chorą można było myśleć o *M. macul* Werholffii, a dopiero dalsza obserwacja pozwoliła postawić rozpoznanie białaczki.

Prezes Prof. Latkowski przypomina podobny przypadek, który poprzednio spostrzegał.

Kol. Szczeklik z II Kliniki chorób wewn. U. J. przedstawia chorą lat 16 z *Trombopenia essentialis.* Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie z tego względu, że u chorej b. silnie zkrwawionej (10% Hb, i 850.000 ciałek czerwonych) wykonane w klinice przetaczanie krwi dało wybitną poprawę tak objawów niedokrewności, jakoteż objawów skazy krwotocznej.

Kol. Wander (z oddz. VI. Szpit. św. Łazarza) przedstawia 2 chore z objawami *polyneuritis* wywołanemi przez zatrucie wodą studzienną.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Dyboski, Prof. Latkowski i Dr. Wielski.

Kol. Prymarjusz Dyboski przedstawia następujące przypadki:

1) kilaki prawej stopy i podudzia oraz lewego przedramienia z radjogramem kości długich nogi i ręki,

2) *dyskeratosis congenita sub forma ichtiosis follicularis,* umiejscowionej na tułowiu i na owłosionej skórze głowy u młodego osobnika dotkniętego równocześnie gruźlicą skóry,

3) *atrophia maculosa idiopathica s. anetodermica erythematosa Jadassohn* u kilkunastoletniego chłopca dotkniętego równocześnie gruźlicą skóry.

Posiedzenie z dnia 18. maja 1927.

Przewodniczący: Prof. Prezes Latkowski.

Obecnych 48 członków.

Prezes Prof. Latkowski poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci zmarłego członka Tow. Lekarskiego Dra Cerchy.

Odczyt Prof. Dra Gieszczykiewicza p. t.: *O metodyce i znaczeniu badań bakterjologicznych i serologicznych przy wiewiórze.*

W dyskusji zabierają głos: Kol. Leuchter wypowiada swe uwagi co do gonokoka. Gonokok nie znosi symbiozy z innemi bakterjami, mówca podkreśla na przykładzie znaczenie tego faktu. Kol. Leuchter zastanawia się nad przypadkami w których pod mikroskopem znajduje się czysta ropa bez bakterji; z nieobecności innych bakterji, a przy braku gonokoków należy przyjąć, że w danym przypadku chodzi o rzeżączkę, prowokacje uwidaczniają w tych przypadkach gonokoki.

Kol. Eisenberg wspomina o przypadku w którym w rozpoznaniu różnicowem należało wziąść pod uwagę meningokoka i gonokoka. Zastanawia się nad kwestją utajonego zakażenia *(Stumme Infektion).* Wspomina o *blenorrhoe* wtrętowej (przypadki pochodzące z kąpieli). Kol. Eisenberg miał w swej obserwacji 2 przypadki przebiegające z obfitą wydzieliną jak przy ostrej rzeżączce, które trwały całe miesiące a wynik badania bakterjologicznego był ujemny, w przypadkach tych muszą istnieć jakieś niewidzialne bakterje. Prawo Mengego jest prawdziwe w pewnem przybliżeniu prawidło to stosuje się przedewszystkiem do *streptobacillus urethrae.* Należy jeszcze ulepszyć nasze metody badania zwłaszcza metody hodowlane by móc należycie wyjaśnić sprawy rzeżączki przewlekłej.

Kol. Boczar w sprawie prawa Mengego popiera zapatrywania swych przedmówców, przytacza odpowiedni przykład.

Kol. Prof. Gieszczykiewicz zasada Mengego nie jest dogmatem. Jeśli w wydzielinie znajdzie się inne bakterje nawet zwykłe ropne nie należy z tego wyciągać wniosków. Istnieją bowiem rzadkie przypadki w których obok gonokoka stwierdza się inne bakterje.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 20 kwietnia 1927 r.

1. Kol. Banasz przedstawia 30-letniego robotnika tkacza, który zjawił się w gabinecie urologicznym Kasy Chorych z następującemi skargami: Od $1^1/_2$ roku bóle w prawem podbrzuszu, które przedtem zjawiały się od czasu do czasu w postaci napadów, ostatnio zaś nie opuszczały chorego zupełnie, tak że był absolutnie niezdolny do pracy. Przy urynowaniu miał uczucie palenia w cewce, zwłaszcza w zewnętrznym otworze. Roentgen wykazał podłużny cień w prawej połowie małej miednicy. Cystoskopja: — cewnik moczowodowy wchodzi do prawego moczowodu do wysokości $2^1/_2$—3 cm. przed ujściem, gdzie zatrzymuje się; zostaje kilka razy poruszany tam i z powrotem. Po 5-ciu dniach chory przyszedł i przyniósł kamień podłużny, wielkości dużego ziarna ryżu o chropawej powierzchni. Demonstracja kamienia.

2. Kol. Itelson wygłosił odczyt pod tyt.: *„Rola wątroby w regulacji przemiany wodnej oraz przemiany wodanów węgla.* Treścią referatu jest rola wątroby w regulacji przemiany wodnej i przemiany wodanów węgla, drogi oddziaływania na te przemiany oraz wnioski praktyczne, wypływające z wyjaśnienia omawia-

nych zagadnień. Zmiany w napięciu zespołów układów roślinnych stanowią fizyko-chemiczny substrat zmian czynnościowych przy schorzeniu narządów. Stan miąższu wątrobowego ma odpowiedni wykładnik w strukturze fizyko-chemicznej ustroju, jak to dobitnie wykazują badania nad gospodarką wodną i glikogeno-regulacją ustroju.

Omawiając teorję koloidalną i teorję nerwową zaburzeń w przemianie wodnej — przychodzi do wniosku, iż każda teorja ma za punkt wyjścia miąższ wątrobowy, stan komórek który wpływa na ustosunkowanie frakcyj białkowych krwi oraz stopień napięcia zastawek żylnych wątroby. Im silniej czynnik chorobotwórczy uszkadza miąższ wątroby — tem większą mamy globulinaemię i jednocześnie mamy silniejsze podrażnienie zastawek żylnych. Przechodząc do omówienia glikogeno-regulacji, analizuje mechanizm takowej, podkreślając jako nader ważny moment w przemianie wodanów węgla — zapas glikogenu w wątrobie. Stosowanie diety ubogiej w wodany węgla w ciągu kilku dni — daje zmiany w krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą zbliżone do zmian w przebiegu cukrzycy. Między przemianą wodną, a przemianą wodanów węgla zachodzi ścisła współzależność. Działanie insuliny na przemianę wodną tłomaczy się w pierwszym rzędzie wpływem na tkanki w sensie przywrócenia im zdolności w asymilacji glukozy; działanie insuliny na frakcje białkowe krwi — w kierunku zwiększania albuminaemji — ułatwia również tkankom zatrzymanie wody pochodzącej z łożyska krwionośnego do cieczy międzytkankowej, co znajduje swój wyraz w zagęszczeniu krwi. Jako dowód regulacji przez wątrobę przemian omawianych mogą służyć badania nad obciążaniem wątroby glukozą i wodą jednocześnie; widzimy wówczas większe zaburzenia w przebiegu krzywej cukru we krwi jako wyraz zaatakowania wątroby z obu stron. Rozpatrując wnioski praktyczne dla postępowania leczniczego, podkreśla, iż dodatni wpływ pituitryny w przebiegu dychawicy sercowej tłomaczy się wpływem pituitryny na gospodarkę wodną ustroju. Dietetyka cukrzycy opiera się w pierwszym rzędzie na przeistoczeniu wątroby zasobnej w tłuszcz na wątrobę bogatą w glikogen. Na zakończenie wspomina o atakach dusznicy bolesnej przy stosowaniu insuliny i omawia mechanizm powstawania takowych.

W dyskusji kol. S t e r l i n g wspomina o pracach Popielskiego, który dowiódł, że przy przecięciu wszystkich nerwów roślinnych czynność wątroby nie bywa upośledzona w przypadkach, w których stwierdza się obecność kwasu solnego w żołądku. Następnie kol. S t e r l i n g zapytuje mówcę, dlaczego ten nie uwzględnił w referacie roli mięśni w glikogeno-regulacji; jak dalece uwzględniana jest sprawa zmiany przepuszczalności otoczek komórkowych na wahania cukru we krwi, i wreszcie, jaki istnieje wpływ ilości cukru we krwi na układ roślinny. Kol. F r e n k i e l zapytuje mówcę, czy zostały przeprowadzone badania dotyczące sprawności wątroby przy *oedema Quinque;* czy czynność wątroby jest wtedy upośledzona; czy istnieją zaburzenia w gospodarce wodnej ustroju. Kol. M a r g o l i s uważa, że obrzęki poinsulinowe nie są zależne od zastawek żylnych wątroby, a tylko od zmiany w ustosunkowaniu frakcyj białkowych; dodatnie działanie wody karlsbadzkiej w przebiegu leczenia cukrzycy — tłomaczy bezpośrednim wpływem na działalność czynnościową wątroby. Kol. N e u m a r k uważa, że insulina przyczynia się do zatrzymywania wody w ustroju przez działanie na zastawki żylne; przy leczeniu owrzodzeń goleni za pomocą insuliny — otrzymywał po zastrzyknięciach insuliny obrzęki podudzia; zmiany w ustosunkowaniu się frakcyj białkowych widział mówca nie tylko po zastrzyknięciach insuliny, ale też po injekcjach adrenaliny i atropiny; szybkość opadania krwinek czerwonych nie jest zależna zdaniem kol. Neumarka, tylko od zwiększonej ilości globulin. Kol. I t e l s o n w odpowiedzi: 1) Sprawa roli kwasu solnego żołądka w glikogenoregulacji wyjaśnioną nie została. Wiadomem tylko jest, iż wątroba, żołądek i trzustka stanowią trójkąt, gdzie zmiany w jednym narządzie oddziaływają na sekrecję pozostałych (wzgl. zaburzenia w kwasowości żołądka w przebiegu kamicy żółciowej); 2) rola mięśni w glikogenoregulacji zajmuje miejsce znikome: o ile wątroba ma nieograniczoną niemal zdolność magazynowania glikogenu, o tyle mięśnie zatrzymują tyle cukru, ile potrzebują dla swej czynności; nie stanowią więc magazynu dla glikogenu, jak to czyni wątroba; 3) wahanie cukru we krwi na skutek przemiany między osoczem, a otoczeniem są znikome; 4) wpływ nerwów roślinnych na cukier we krwi o tyle wyjaśnionym został, iż wiemy, że przy wzmożonem napięciu n. współczulnego występuje hiperglikemja, bliższy mechanizm oddziaływania nerwów na komórkę wątrobową jest nieznany; to co zachodzi na powierzchni granicznej komórki jest nieuchwytne dla badań naszych. II. Sprawa obrzęku Quinque'go z punktu widzenia zakłóceń w wydolności wątroby nie została wyjaśniona; nie zostały przeprowadzone badania czynnościowe tego narządu w przebiegu poruszonego cierpienia. III. Rola zastawek wątroby w uwodnieniu ustroju pod wpływem insuliny sprowadza się tylko do zagęszczania krwi na skutek ich podrażnienia; wątroba nie oddaje wody do krwiobiegu. Dodatni wpływ karlsbadzkiej kuracji w przebiegu cukrzycy tłomaczy się, jak to podkreślił kol. Margolis, leczniczem działaniem na miąższ wątrobowy. IV. Sprawa związku między odczynem Biernackiego a frakcjami białkowemi, aczkolwiek jest zagadnieniem nader ciekawem, nie stanowi tematu dzisiejszego odczytu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

P o l s k i e T o w a r z y s t w o r a d i o l o g i c z n e. Odezwa! Szanowni Koledzy! W celu skuteczniejszej obrony interesów radiologów polskich oraz mając na względzie podniesienie poziomu radiologji lekarskiej w Polsce, upraszamy wszystkich Kolegów zajmujących się lub interesujących radiologją, a nie należących do Polskiego Towarzystwa Radiologicznego, o zapisywanie się na jego członków. *Zarząd Polskiego Towarzystwa Radiologicznego.*

K u r s a s a n i t a r n e d l a i n ż y n i e r ó w. Państwowa Szkoła Higjeny podaje do wiadomości, że termin zgłaszania na kurs przedłużony został do dnia rozpoczęcia kursu t. j. do 15 listopada 1927 roku.

S z c z e p i n i a p r z e c i w g r u ź l i c z e m e t o d ą C a l m e t t e'a zapoczątkowane w 1926 r. przez Komitet szczepień Calmett'owskich prowadzone są stale przez Polski Związek Przeciwgruźliczy. Do dnia 1. X. 1927 r. zaszczepiono w Warszawie 128 noworodków, na prowincji 44. W Warszawie szczepienia przeprowadzane są głównie na oddziałach położniczych Szpitala Ujazdowskiego, Klinik U. W. oraz Szpitala starozakonnych na Czystem. Od kwietnia b. r. opiekę nad dziećmi zaszczepionemi oddano w ręce lekarza pedjatry, który kontroluje stan zdrowia dzieci zaszczepionych co kilka miesięcy. Osoby dorosłe chore na gruźlicę z otoczenia dzieci szczepionych badane są przez lekarzy w Poradniach przeciwgruźliczych. Z dzieci zaszczepionych zbadano dotychczas około 30%, u żadnego z nich nie stwierdzono ujemnych skutków szczepienia; co się tyczy własności ochronnych, to zbyt mała liczba szczepionych nie pozwala na razie na wysnucie wniosków. Stosunkowo mała ilość wykonanych szczepień wynika z trudności, na jakie napotyka stosowanie nowej metody zapobiegawczej, która nie zdobyła sobie jeszcze u nas dostatecznej popularności i zaufania.

S t u l e t n i j u b i l e u s z I n s t y t u t u O f t a l m i c z n e g o w W a r s z a w i e. Stuletni jubileusz założenia w Warszawie Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego, jaki obchodzono dnia 17-go października 1927 r., był uroczystem świętem dla polskiej nauki lekarskiej, a zwłaszcza dla rodzimej oftalmologji. Instytut był kolebką naszej okulistyki i przez szereg lat placówką naukową wszechświatowego rozgłosu, posiadając w gronie swych pracowników ludzi niepospolitego rozumu i wielkiego serca. Założony w roku 1827 z funduszów ks. Edwarda Lubomirskiego, młodego poety, tragicznie zmarłego w pojedynku, wynikłym z błahego powodu na balu z oficerem konnej gwardji polskiej. Początkowo Instytut mieścił się przy ulicy Świętokrzyskiej w wynajętym gmachu szpitala Dzieciątka Jezus, lecz z powodu zbyt wygórowanego komornego ze względów oszczędnościowych przeniesiono go w 1835 r .na ul. Marszałkowską do budynku, nabytego od szpitala dla starozakonnych. Nowy ten lokal nie odpowiadał nawet ówczesnym wymaganiom higjeny i dlatego, jak również w związku z projektem budowy własnego gmachu, Instytut zamknięto w 1864 r. aby w sześć lat później wskrzesić jego działalność w specjalnie wybudowanym gmachu przy ulicy Smolnej 8. Plan szpitala należy do głośnego architekta, emigranta włocha, wielce zasłużonego dla naszej stolicy, Henryka Marconiego. Przez pierwsze dwa lata (1827—1829) lekarzem Instytutu był młody i zdolny wiedeńczyk dr. Hüllverding, następnie 25 lat (1829—1854 r.) ze szkodą dla chorych i dobrego imienia szpitala dział lecznictwa oczu spoczywał w ręku Adolfa Angela, nie posiadającego należytych kwalifikacyj fachowych i etycznych zresztą nie lekarza, a z wykształcenia dentysty. Dopiero z rozpoczęciem działalności D-ra Wiktora Szokalskiego (1854—1891 r.), a zwłaszcza z chwilą przeniesienia Instytutu do nowego gmachu (1870 r.) w którym mieści się dotychczas, za życia Szokalskiego, profesora okulistyki Szkoły Głównej, przypada „złoty wiek" historji Instytutu. Po śmierci Szokalskiego (1891 r.) — ojca okulistyki polskiej — naczelnym lekarzem był dr. Bolesław Gepner senior (1891—1913 r.) następnie do 1923 r. Dr. Walenty Kamocki: od 1923 r. stanowisko to zajmuje Dr. Ludwik Czyżewski. Ordyna-

torami Instytutu byli: Docent okulistyki Szkoły Głównej Narkiewicz-Jodko (1870—1883 r.), Gepner starszy (1861—1891 r.), Kamocki Walenty (1893—1923 r.), Ziemiński Bronisław (1892—1915 r.), Gepner Bolesław młodszy, Januszkiewicz (1900—1923 r.) i Wojno Zofja od 1923 r. Przez 23 lata w gmachu Instytutu umieszczano wojskowych chorych na oczy ze szpitala Ujazdowskiego (1878—1901 r.), a przez lat 16-ie (1885—1901 r.) mieściła się oczna klinika uniwersytecka (J. Talko). Szokalski, Gepner starszy i Kamocki kolejno piastowali najzaszczytniejsze stanowiska w świecie lekarskim i byli przewodniczącymi Warsz. Tow. Lekarskiego, którego prócz tego Sekretarzem Stałym był Szokalski. W murach Instytutu powstała myśl założenia Polskiego Tow. Okulistycznego, którego założycielami byli Kazimierz Bein, Aleksander Dobrzański i Bronisław Ziemiński, a pierwszym prezesem Bolesław Gepner młodszy. Od 1907 r. Magistrat miasta Warszawy przejął szpital. W przychodni Instytutu pracują obecnie D-rzy: K. Bein, J. Matusewiczówna, Z. Świętochowska, J. Ovrzanowska i B. Koziorowski. Uroczystości jubileuszowe rozpoczęły się nabożeństwem, które w asystencji ks. profesora Radkowskiego celebrował w kaplicy szpitalnej ksiądz biskup K. Tomczak, były kapelan Instytutu, poczem wygłosił kazanie okolicznościowe, oparte na przypowieści ewangelicznej o uzdrowieniu ślepego w Jerycho. O godzinie 11-ej odbyła się akademja, którą zaszczycili swoją obecnością p. Prezydent Rzeczypospolitej wraz z Małżonką, członkowie Rządu, Prezydent miasta, oraz vice-prezydent miasta, przedstawiciele świata naukowego, miedzy innymi czterech profesorów okulistyki naszych uniwersytetów, rodziny byłych i obecnych prcowników Instytutu oraz liczni goście. Z ramienia Magistratu miasta Warszawy wygłosił dłuższe przemówienie przewodniczący wydziału opieki społecznej i szpitalnictwa ławnik Koralewski, trafnie przedstawiając historję Instytutu i koleje jego stuletniego rozwoju. Następnie zabrał głos Dr. L. Czyżewski, podkreślając znaczenie Instytutu, jako kolebki rodzimej okulistyki, jako szpitala dla chorych na oczy, oraz podnosząc zasługi byłych jego pracowników na polu naukowem. Trzecie z kolei przemówienie pełne serdecznego ujęcia wygłosiła Dr. Zofia Wojno, przedstawiając społeczne znaczenie Instytutu. Po akademji goście złożyli podpisy w pamiątkowej księdze historji Instytutu Oftalmicznego. Wieczorem w salonach resursy Kupieckiej odbył się bankiet. Dr. Wieczorek.

Kraków.

Jubileusz Prof. Aleks. Rosnera. Dnia 31. X. b. r. odbyła się w krakowskiej klinice ginekologicznej podniosła uroczystość uczczenia 25-ciolecia pracy profesorskiej, a 20-stolecia objęcia katedry przez Prof. Dr. Aleksandra Rosnera. Odruchowo, a serdecznie i goraco złożono wielce zasłużonemu Profesorowi życzenia owocnej pracy jaknajdłuższe lata, wyrażono wdzięczność za starania i zabiegi około rozwoju polskiej nauki, poczem dla upamiętnienia tej chwili wręczono Prof. Rosnerowi specjalnie Jemu poświęcony „kwartalnik Ginekologji polskiej", zawierający prace kolegów, przyjaciół i współpracowników. Jakkolwiek uroczystość ta miała charakter czysto domowy, to jednak zgromadziła reprezentantów Uniwersytetu w osobie Rektora Prof. Marchlewskiego, Dziekana Prof. Ciechanowskiego, tudzież przybyłych z Warszawy, Wilna, Lwowa Profesorów Czyżewicza, Bocheńskiego, Jakowickiego ze swoimi asystentami, którzy chcieli w ten sposób oddać hołd Uczonemu.

Poznań.

Dnia 28 października 1927 roku (w piątek) odbyło się o godz. 8,15 w Klinice Chorób Nerwowych U. P. (ul. Północna 10) Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk z następującym porządkiem obrad: 1. Demonstracje. 2. Prof. Borowiecki: „Epidemia w Słupi" (wynik badań przeprowadzonych wspólnie z Prof. Błachowskim). 3. Prof. Karwowski: „Nowy sposób epilacji zapomocą Thalium aceticum". 4. Dr. Karchowski: „Kilka uwag o zadaniach lekarza szkolnego". 5. Kandydatury nowych członków. 6. Wolne głosy.

Z kraju.

Zarząd Kolonji Leczniczej Dziecięcej im. Dra Med. J. Brudzińskiego przy zdroju w Busku podaje do wiadomości, że uruchomione już częściowo uzdrowisko stałe w Busku dla chorych dzieci czynne jest przez cały rok. 1) Przyjmuje się dzieci ze schorzeniami skrofulicznemi, z t. zw. gruźlicą chirurgiczną oraz innemi przewlekłemi schorzeniami wieku dziecięcego. 2) Uzdrowisko zapewnia dzieciom opiekę lekarzy specjalistów (ortopedyczno-chirurgiczna), leczenie kąpielami siarczanemi zimą i latem, werandowanie, naświetlania słoneczne i sztuczne i inne zabiegi lecznicze, oraz opiekę pielęgniarsko-wychowawczą, wreszcie racjonalne forsowne odżywianie (według systemu Pirqueta). 3) Kolejność w przyjmowaniu dzieci do uzdrowiska określa się w sposób następujący: a) przedewszystkiem przyjmowane są dzieci najbardziej tego potrzebujące, b) z pośród dzieci jednakowo potrzebujących, pierwszeństwo mają dzieci polecone przez Członków Stowarzyszenia, którymi są organizacje humanitarno-społeczne, komunalne i Kasy Chorych, c) każdy członek Stowarzyszenia ma prawo umieścić w uzdrowisku ilość dzieci proporcjonalną do liczby wpłaconych przez Siebie udziałów, przyczem od każdych wpłaconych 5.000 zł. składki członkowskiej otrzymuje jedno łóżko stałe dla dziecka z opłatą dzienną, nie przewyższającą własnych kosztów Zakładu, d) na wolne miejsca, nie zajęte przez dzieci członków, przyjmowane będą dzieci nie członków. 4. Opłaty za dzieci członków i obce dzieci ustanawia corocznie Ogólne Zebranie, przyczem ewentualne zyski, w myśl § 9 statutu, winny być przeznaczone na inwestycje sanatoryjne i Kolonji, następnie na pokrycie wydatków, połączonych z prowadzeniem sanatorjum i Kolonji Sezonowych. 5. Na rok 1927/8 opłata za całkowite utrzymanie wraz z kąpielami siarczanemi, naświetlaniami i leczeniem ustanowiona została dla dzieci członków na 6 zł. dziennie i dla dzieci nie członków na 8 zł. dziennie. Wymagane warunki, na jakich przyjmowane będą dzieci do uzdrowiska: 1. Wiek od lat 4—14-tu, 2. Rozpoznanie lekarskie kwalifikujące dziecko do Buska wraz z możliwie dokładnym opisem przebiegu choroby i ze zdjęciami Roentgenowskiemi, zwłaszcza w wypadkach gruźlicy kostno-stawowej. 3. Dzieci obarczone chorobami pasożytniczemi, jak świerzb, parch, wszawica, ze względu na większe skupienie dzieci, przyjmowane nie będą. 4. Zaświadczenie lekarskie, że dziecko, ani jego najbliższe otoczenie w ciągu ostatnich 6 tygodni nie przechodziło żadnej choroby zakaźnej. 5. Dzieci, u których stwierdzona została jaglica, będą wręcz odsyłane do domów.

Kaliskie Towarzystwo Lekarskie dla uczczenia przypadającej w r. b. 50 letniej rocznicy swego istnienia urządza w dn. 4 grudnia 1927 r. o godzinie 4.30 po południu uroczyste posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. 2) Odczytanie historji Towarzystwa. 3) Uczczenie pamięci zmarłych Członków Towarzystwa. 4) Mianowanie Członków Honorowych z okazji jubileuszu Towarzystwa. 5) Odczyt Dra Seweryna Sterlinga z Łodzi „Nieswoiste objawy płucne w przebiegu suchot". 6) Odczyt Dra Müllera z Kalisza „O otyłości". 7) Zamknięcie posiedzenia.

Ostrzeżenie! Zarząd Podobwodu Sokołowsko-Węgrowskiego Zwiazku Lekarzy Państwa Polskiego ostrzega kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad w Kasach Chorych na terenie powiatów Sokołowskiego i Węgrowskiego ponieważ komisarz, organizujący te kasy, pomimo dłuższego już funkcjonowania ich nie chce zawierać z lekarzami pisemnych zbiorowych umów, a ustne zawiera na niekorzyść lekarzy. Sokołow Podlaski. Za Zarząd Podobwodu Z. S. p.p . Dr. E. Perłowski.

Ze świata.

Z powodu 50-letniego jubileuszu profesora czeskiego dra Stanisława Kostlivého, Redakcja miesięcznika- Bratislavskie Lekarske Listy wydała zeszyt specjalny, zawierający ocenę działalności naukowej jubilata, oraz szereg cennych prac naukowych uczniów i zwolenników zasłużonego profesora.

Redakcja otrzymała

Dr. Radywoj i A. Pawłowicz: „Subjektywnost u terapyjy". Beograd 1927.

Kirschner und Nordmann: „Die Chirurgie", Band IV, 2 Teil, Lieferung 18. Wydanie Urban et Schwarzenberg, Wien 1927 zawiera: A. W. Meyer: Die Chirurgie der Lunge; H. Frenzel: Fremdkörper in den Luftwegen; H. Frenzel: Die Tracheo-Bronchoscopie; F. Landois: Die Chirurgie der Pleura; F. Landois: Die Chirurgie des Zwerchfells und des Nervus phrenicus.

H. Higier „Konstytucjonalizm, humoralizm i neurowegetatyzm w nowoczesnej medycynie wewnętrznej". Odbitka z „Festschrift f. Woldemar Bechterew zum 40 Jahre Seiner Lehrtätigkeit (1885—1925)" Leningrad 1926.

Mienicki M.: Diatermo-koagulacja w dermatologji. — Odb. z Przeglądu dermat..

J. Puterman: „Kazo de bradikardio, dependa de limfglanda inflamo dum trakuro de influenco". Odb. z Internacia medicina revuo. Nr. 5. z r. 1927.

Société des nations: Organisation d'hygiène. „Manuels de statistique démographique". Nr. 9. Statistiques démographiques officielles de la République française, Genève 1927.

M. Blassberg: Raporto de Dr. Blassberg, Teka-Presidento. Tralegita dum la Teka-Kunsido en Danzigo la 1. VIII. 1927. Odb. z Represajo et Internacia medicina revuo. Nr. 5 i 6 z r. 1927.